This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

S41

Harvard Medical School
Library

Gift of

Dr. W. C. White.

WITHDRAWN FROM HML

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON H. VON HEBRA IN WIEN

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

VIERTER BAND.
1885.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1885.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
41

BOSTON MEDICAL
SEP 23 1963
LIBRARY

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

herausgegeben von

Dr. H. v. Hebra. Wien. | Dr. O. Lassar Berlin. | Dr. P. G. Unna Hamburg.

Band IV. | No. 1. | Januar 1885.

Zur Temperatursinnsmessung.

Von

Prof. Dr. A. Eulenburg
in Berlin.

Um die Unterschiedsempfindlichkeit der Haut für Temperaturen in pathologischen Fällen zu messen, habe ich bereits vor längerer Zeit eine Vorrichtung (Thermästhesiometer) beschrieben, die auch seitdem vielfach für derartige Zwecke praktisch angewandt wurde. Dieselbe bestand aus zwei mit breiten, flachen Endgefäßen versehenen Thermometern, die an einem Stativ verschiebbar angebracht waren, und die auf ungleiche Temperaturen gebracht und neben einander (oder auch successive auf die nämliche Hautstelle) angedrückt wurden. Man konnte dann bei den sich allmählich ausgleichenden Temperaturen die kleinste eben noch merkliche Differenz unmittelbar ablesen und so die minimale Unterschiedsempfindlichkeit bestimmen. Diese Vorrichtung, sowie die Art der Benutzung des Instruments war jedoch eine relativ unvollkommene und namentlich für feinere physiologische Messungen in keiner Weise geeignet. Ich habe daher, um das Instrument auch nach dieser Richtung hin brauchbarer zu machen, im Laufe des vorigen Jahres einige wichtige, auch den Modus der Benutzung völlig umgestaltende Veränderungen daran vornehmen lassen.

Das (von W. A. Hirschmann in Berlin angefertigte) Thermästhesiometer besteht aus zwei an einem Stativ befestigten Normalthermometern, die 22 cm hoch und mit flachscheibenförmigen, ca. 13 mm breiten Quecksilbergefäßen versehen sind. Die Skale beider

Thermometer reicht von + 18 bis 52° C. und ist nach Zehntelgraden abgestuft. Das eine (bei der Frontansicht rechts befindliche) Thermometer ist durch ein Gelenk gegen das andre verstellbar. Das nicht bewegliche Thermometer ist oberhalb des Quecksilbergefäfses mit einem isolierten Platindraht umwickelt, durch welchen ein elektrischer Strom — der Strom eines starken Flaschenelementes (Chromsäureelementes) — hindurchgeleitet werden kann. Am Stativ befinden sich zwei Klemmen zur Aufnahme der Zuleitungsdrähte des Elements, während die von hier abgehenden und hierher zurückkehrenden Verbindungsdrähte den Strom durch den Platindraht führen. Beim Hindurchgehen des Stromes in voller Stärke durch den Platindraht erfährt das Thermometer eine rasch ansteigende, sehr bedeutende Erwärmung; diese Erwärmung kann aber wesentlich abgeschwächt und selbst auf Null reduziert werden durch eine rheostatartige Nebenschliefsung, welche dem Strom einen leicht variierbaren Widerstand darbietet. Diese Nebenschliefsung wird durch einen sehr feinen Neusilberdraht gebildet, auf welchem eine an einem Vertikalstab befestigte Feder auf und abschleift. Durch Heraufziehen des Stabes wird der Widerstandsdraht verkürzt, der Widerstand und die Nebenschliefsung somit auf ein Minimum verringert, der Strom im Hauptkreise entsprechend abgeschwächt — während beim Hereinschieben des Stabes das Umgekehrte stattfindet. In jenem Falle wird somit die Erwärmung des Thermometers aufserordentlich verlangsamt und herabgesetzt, in diesem Falle dagegen erhöht und beschleunigt.

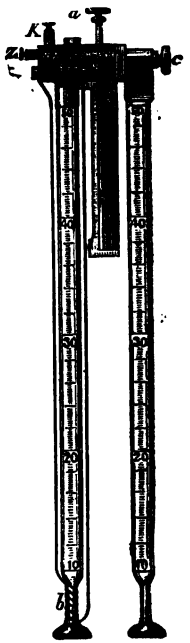


Fig. 1.

Diese Vorrichtung kann man u. a. sehr gut zur Prüfung der Unterschiedsempfindlichkeit für Kälte und Wärme (Kälte-, resp. Wärmesinnsprüfung) an den verschiedenen Hautstellen benutzen. Ich bestimmte an mir selbst mittels sehr zahlreicher Versuche die minimale Kälte- und Wärmedifferenz, welche als solche noch erkannt wurde, für die verschiedenen Hautstellen. Die im folgenden gegebene tabellarische Zusammenstellung enthält die Durchschnittswerte aus meinen Versuchen; sie hat als solche natürlich nur individuelle Bedeutung, ergibt aber immerhin manche auffällige und bemerkenswerte Resultate. (Die Messungen wurden stets mit Temperaturen, welche der „neutralen Eigentemperatur" des thermischen Apparats möglichst nahe kommen, also bei gröfserer Erregbarkeit der Kälte- und Wärmenerven, zwischen 27—33° C. vorgenommen.)

	Minimale Kältedifferenz	Minimale Wärmedifferenz
Stirn über der Glabella	0,2	0,2
Oberes Augenlid	0,3	0,3
Oberkiefergegend, Lippensaum	0,3—0,4	0,4—0,5
Wangengegend	0,4	0,4
Zungenspitze	0,5	0,6
Seitliche Halsgegend	0,4—0,5	0,5—0,6
Vordere „	0,7	0,6—0,7
Mamillargend	0,8	0,6
Rücken, seitlich	0,9	0,9—1,0
„ Mittellinie	1,0	1,1
Epigastrium, Mitte	1,0—1,1	0,9
Umbilicalgegend	1,0	0,8
Unterbauchgegend, seitlich	0,8	0,8
„ Mitte	0,9	0,9
Oberarm	0,5	0,5
Vorderarm, Dorsalseite	0,3—0,4	0,2 (vorderer Abschnitt)
„ Volarseite	0,4	0,3—0,4
Handrücken	0,3—0,4	0,4
Handgelenk, Dorsalseite	0,4—0,5	0,3
„ Volarseite	0,5	0,4—0,5
Daumenballen	0,3—0,4	0,3—0,4
Kleinfingerballen	0,4	0,3—0,4
Hohlhandwulst der Finger	0,3	0,4—0,5
1. und 2. Phalanx, Dorsalseite	0,3	0,2—0,3
„ Volarseite	0,3—0,4	0,3—0,4
Nagelphalanx, Dorsalseite	0,2—0,3	0,2—0,3
„ Volarseite	0,2—0,3	0,4
Oberschenkel, vordere Fläche, oberster Abschnitt	0,9—1,0	0,8—0,9
„ „ mittlerer Abschnitt	0,6—0,7	0,6
„ „ unterster Abschnitt	0,6	0,5—0,6
Patellargegend	0,6—0,7	0,6—0,7
Unterschenkel, innere Fläche, oberster Abschnitt	0,5—0,6	0,6
„ „ mittlerer Abschnitt	0,7	0,7
„ „ unterster Abschnitt	0,9	0,8—0,9
„ äufsere Fläche, oberster Abschnitt	0,5—0,6	0,6
Fufsrücken	0,5	0,6
„ vorderer Abschnitt	0,5—0,6	
Innerer Fufsrand	0,6	0,6—0,7
Dorsalseite der grofsen Zehe	0,6	0,6—0,7
„ der 2. und 3. Zehe	0,7	
Ballen der grofsen Zehe	0,7—0,8	0,8

Im allgemeinen verhalten sich zwar die Unterschiedsempfindlichkeiten für Kälte und für Wärme ziemlich parallel, doch gilt dies

anscheinend nicht für alle Hautstellen in gleichem Maſse. An den meisten Stellen ist die Unterschiedsempfindlichkeit für Wärme etwas geringer als die für Kälte, was wohl zum Teil damit zusammenhängt, daſs das Kältegefühl an sich überhaupt ein bestimmteres, nachdrücklicheres, inhaltlich reicheres ist als das Wärmegefühl. Doch gibt es auch Hautstellen, wo die Wärmeempfindlichkeit entschieden überwiegt, was bei meinen Versuchen ganz besonders an der vorderen Rumpffläche, zum Teil auch noch an der vorderen Seite der Oberschenkel der Fall war. Ich glaube daſs, abgesehen von der verhältnismäſsig geringen Anzahl von „Kältepunkten" (die regio epigastrica enthält deren z. B. bei mir äuſserst wenige) hier auch besonders der Umstand eine Rolle spielt, daſs die Kältenerven an diesen für gewöhnlich am meisten verhüllten Körperteilen der Übung durch adäquate Reize am wenigsten unterliegen. Hiermit scheint mir auch zusammenzuhängen, daſs der Kälteschmerz an diesen Teilen schon verhältnismäſsig früh, bei relativ geringsten Kältereizen auftritt, wie dies aus den neuerdings publizierten Versuchen von Donath (*Arch. f. Psychiatrie.* XV. Heft 3) u. a. hervorgeht. An Stellen, welche Temperaturunterschiede gut empfinden, wie z. B. an der Endphalanx der Finger, ist, wie es scheint, umgekehrt der Kälte- und Wärmeschmerz entsprechend geringer.

Auffällig war mir die verhältnismäſsig geringe Unterschiedsempfindlichkeit der Zungenspitze, die für alle taktilen Reize und Gemeingefühle bekanntlich mit exquisiter Empfindlichkeit begabt ist; sowie auch der Umstand, daſs an den Extremitäten die Unterschiedsempfindlichkeit für Temperaturen nach einzelnen Gelenken, z. B. dem Kniegelenk, zuzunehmen schien, während sie an Ober- und Unterschenkel in der Richtung nach dem Rumpfe wie nach dem Fuſse hin eine nicht unbeträchtliche Abnahme zeigte. —

Die in diesen Blättern kürzlich erschienenen hochwichtigen Untersuchungen Goldscheiders über die spezifischen Energien der Temperaturnerven und der übrigen sensiblen Hautnerven fand ich, soweit sich dieselben auf den Temperatursinn beziehen, bei ziemlich umfassender eigner Nachprüfung in fast allen wesentlichen Punkten entschieden bestätigt. Namentlich gilt dies also für die Existenz der von Goldscheider (wie auch gleichzeitig von Magnus Blix) nachgewiesenen Kälte- und Wärmepunkte, für das räumliche Getrenntsein der Kältepunkte von den Wärmepunkten einerseits, sowie der thermischen Punkte überhaupt von Punkten anderweitiger spez. Energie (Druck- und Schmerzpunkten) anderseits; für die groſse Verschiedenheit der thermischen Punkte nach Zahl und Anordnung, ihre mannigfaltige Figurierung an den einzelnen Hautregionen, ihr auch ungleiches Verhalten an symmetrischen Hautbezirken, ihre groſse Konstanz dagegen bei wiederholtem Absuchen der nämlichen Hautstellen. Ich fand ferner bestätigt, daſs es eine gewisse Anzahl

mit den Kälte- und Wärmepunkten erster Ordnung identischer Punkte an verschiedenen Hautstellen gibt, an welchen die nicht homologen, die sogenannten allgemeinen Nervenreize (mechanische, elektrische) bei vorsichtiger Lokalisation gleichfalls die spezifisch-thermische Empfindung — Kälte an Kältepunkten, Wärme an Wärmepunkten — deutlich hervorrufen. Ob dies jedoch, wie GOLDSCHEIDER annimmt, ausschliefslich durch Einwirkung der nicht adäquaten Reize auf die Nervenfasern (der Kälte- und Wärmenerven), oder auch durch gleichzeitige Einwirkung auf den Endapparat stattfindet, möchte ich als noch zweifelhaft ansehen. Denn ich kann mich nicht unbedingt zu der Fassung bekennen, welche G. dem Gesetz von der spezifischen Energie der Sinnesnerven gibt, wonach nämlich die Endapparate ausschliefslich für den adäquaten Reiz irritabel sein sollen, die nicht-adäquaten Reize daher nur durch Vermittelung der Nervenfaser zur Einwirkung gelangen. Diese Formulierung scheint mir zu eng und auch durch die Verhältnisse an der Retina wie an den Temperaturnervenenden keineswegs notwendig geboten. — Wie weit übrigens nach den G.schen Untersuchungen die Drucksinns- und Temperatursinnsprüfungen der Haut mittels Anwendung flächenhafter Reize überhaupt noch ihre Berechtigung haben, oder ob dieselben durch schärfer lokalisierende Methoden, durch exploratorische Absuchung der einzelnen Druckpunkte, Kälte- und Wärmepunkt u. s. w. ersetzt werden müfsten, — das ist eine sehr schwierige und komplizierte Frage, auf deren Beantwortung ich hier nicht näher eingehen will. Ich hebe hier nur hervor, dafs wahrscheinlich die Prüfung der Unterschiedsempfindlichkeit für Druckgröfsen oder für Temperaturen auch fernerhin nach wie vor mit flächenhaften Reizen vorzugsweise wird ausgeführt werden müssen, und verweise im übrigen auf eine demnächst erscheinende gröfsere Abhandlung in der *Zeitschrift für klinische Medizin*, woselbst ich diesen Gegenstand einer ausführlicheren Erörterung unterzogen habe.

Nachtrag zu den Mitteilungen über die spezifischen Energien der Hautnerven.

Von

Dr. A. GOLDSCHEIDER,
Assistenzarzt in Berlin.

Die weiteren topographischen Untersuchungen der Temperatur- und Druckpunkte haben mich gelehrt, dafs die Auffassung einer areolären Verbreitung der Nervenfasern — wie ich übrigens bereits

angedeutet hatte — keine zutreffende gewesen ist. Das Prinzip der Anordnung der Sinnespunkte ist nämlich in kürze folgendes: dieselben reihen sich zu lineären Ketten, welche radienförmig von gewissen Punkten der Haut ausgehen, die man als Ausstrahlungspunkte oder Sinnespunktzentren bezeichnen kann. Die Ketten sind geradlinig oder leicht gekrümmt. Dadurch, dafs dieselben von verschiedenen Rayons her zusammentreffen, entstehen mehr minder geschlossene längliche Figuren — dieselben, die früher als Areolen bezeichnet wurden. Die Ausstrahlungspunkte der Temperaturpunktketten fallen mit denen der Druckpunktketten zusammen und sind im allgemeinen lokalisiert an den Haaren der Haut; an den ganz unbehaarten Hautstellen jedoch sind sie ebenso deutlich in ähnlichen Abständen nachweisbar. Sie fallen meist nicht zusammen mit demjenigen Punkt, an dem das Haar die Hornschicht durchbohrt, sondern, was namentlich bei sehr schräger Richtung der Haare deutlich ist, mit einem Punkt, welcher ungefähr der Lage der Haarpapille entspricht. Das an den Haaren gelegene Sinnespunktzentrum zeigt häufig eine Anhäufung von Druck- und Temperaturpunkten, oder wenigstens eine hervorragende und extendierte Druck- und Temperaturempfindlichkeit. Unter den von hier aus nach den verschiedensten Richtungen ausstrahlenden Punktketten scheinen die der lokalen Spaltbarkeitsrichtung entsprechenden numerisch zu überwiegen. Die Ketten der verschiedenen Sinnesqualitäten schlagen zum Teil die gleiche, zum Teil eine abweichende Richtung ein und kombinieren sich in der verschiedensten Weise. Häufig reduziert sich die Punktkette nur auf einige andeutende „verstreute“ Punkte, und nicht selten werden diese dann durch Punkte einer andren Qualität zu einer Kette komplementiert. Es kommt endlich sowohl bei den Temperaturpunkten wie bei den Druckpunkten vor, dafs die radiäre Ausstrahlung wegfällt und nur eine inselförmige Lokalisation der Punkte an den Haarstellen zu konstatieren ist. — Nebenher findet sich auch — nicht selten seitlich vom Ausstrahlungspunkt — die Anordnung in äufserst dichten Gruppen, wo die Abgrenzung der Punkte nur beim Arbeiten mit der Lupe oder auch dann kaum möglich ist. An manchen Körperstellen, wie Unterleib, Oberschenkel, sind solche Anhäufungen namentlich von Kältepunkten in sehr ausgedehntem Mafse vorhanden. — Hiernach dürfte die Annahme wohl gerechtfertigt sein, dafs die Druck- und Temperaturnerven gegen die Insertionsstelle der Haare hin verlaufen, hier Endorgane besitzen und von hier aus sich strahlenförmig in der Haut verbreiten.

Nicht alle Haare entsprechen diesem Schema. Viele entbehren der Temperaturpunkte, eine grofse Zahl hat nur Druck- und Kältepunkte, einige zeigen nur Druck- und Wärmepunkte. Die an den Haarstellen befindlichen Druck- und Temperaturpunkte geben meist ein ganz besonders intensives Gefühl; manche erst bei Anwendung

eines Drucks, was für tiefere Lage der Endorgane spricht. Es gibt übrigens auch an behaarten Hautstellen hier und da freie Ausstrahlungspunkte ohne Haare.

Die völlige Trennung von Kälte-, Wärme- und Drucknerven, ihre ganz verschiedene Verbreitung, obwohl sie bis zum Ausstrahlungspunkt meist vereinigt zu verlaufen scheinen, geht noch viel krasser als aus den beschränkten Punktbildern aus der topographischen Aufnahme gröfserer Gebiete mittels kleinster Reizflächen hervor, welche eine eigenartige Verbreitung und Anordnung jeder Sinnesqualität auf das unzweifelhafteste lehrt, auch im übrigen mancherlei interessante Resultate gibt.

In bezug auf die Technik des Aufsuchens der Druckpunkte möchte ich noch eine nachträgliche Bemerkung machen. Wenn auch bei einiger Übung schon die Qualität des Druckpunktgefühles ein untrüglicher Wegweiser ist, so hat es sich mir doch als nützlich erwiesen, durch eine besondere Vorrichtung die Stärke des angewandten Druckes möglichst gleichmäfsig zu machen: Ein kurzer Messingcylinder trägt eine lange Spiralfeder, an deren Ende die Nadel zum Tasten befestigt ist; der Cylinder steckt in einem Ebonitkloben, der zugleich die Schreibevorrichtung trägt. Die Spiralfeder darf nicht zu schwach sein, da die Nadel sonst zittert. Für Stellen mit feinerer Sensibilität spiefse ich auf die Nadel noch ein zugespitztes Korkblättchen, welches auf die Haut aufgesetzt wird. Der Druck des bewegenden Armes wird durch die Spiralfeder so abgeschwächt auf die Nadel übertragen, dafs man die Stärke des jedesmaligen Nadeldruckes auf die Haut nahezu als gleich betrachen kann. Stehen die Punkte dicht, so ist es gut, sich bei ihrer Bestimmung der Lupe zu bedienen. — Ein richtiges Bild kann eine einmalige Aufnahme sowohl von Druck- wie von Temperaturpunkten übrigens nie geben; annähernd ein solches erhält man durch mehrere Sitzungen oder wenn man mehrere Tage lang dasselbe Bild immer wieder vervollständigt und kontrolliert; zu diesem Zwecke empfiehlt es sich, die Punkte mit Anilinfarben aufzutragen.

Über die Nagelmatrix und die Verhornung des Nagels.

Von

cand. med. G. A. Guldberg,
Konservator am zootom. Museum der Universität in Christiania.

Obgleich das kleine Kapitel der Histologie der Nagelmatrix von vielen und hervorragenden Forschern mehr oder weniger genau untersucht ist, gibt es doch über die Deutung der Phänomene bei

der Verhornung in der Nagelmatrix noch ziemlich auseinandergehende Ansichten. Auf Veranlassung meines verehrten Freundes, Herrn Dr. med. P. G. UNNA in Hamburg, bei welchem ich eine kurze aber lehrreiche Zeit im vorigen Jahre als Assistent fungierte, fing ich bei ihm schon mit einigen histologischen Untersuchungen der Nagelmatrix an, die ich hier zu Hause beendet habe und mir jetzt zu veröffentlichen erlaube.

Die meisten jetzigen Histologen sind darin einig, dafs die sogenannte Nagelmatrix der alleinige Bildner des Nagels ist, während das Nagelbett gar keinen Zuschufs zum eigentlichen Nagel liefert, wovon man sich auch sehr leicht überzeugen kann. Die Vorgänge in der Nagelmatrix selbst aber haben eine ziemlich verschiedene Deutung erlitten.

RANVIER (*Traité d'histologie.* pag. 880) beschreibt die Zellen der Nagelmatrix in der untersten Schicht als cylindrisch, in der mittleren als polygonal, um in der höheren sich nach und nach abzuplatten, eine Beschreibung der gewifs jeder Untersucher im allgemeinen beistimmen mufs. Er bemerkt ferner ausdrücklich, dafs in keiner Region sich Eleidin befindet, was schon vor ihm HEYNOLD und UNNA gezeigt hatten. RANVIER hebt aber eine „substance onychogène" hervor; diese zeigt sich als Granulation nicht nur in den meisten Zellen der obern Schicht der Nagelmatrix, sondern läfst sich auch in der oberflächlichsten Zellenreihe des Nagelbettes nachweisen. Diese Granulationen, sagt er, scheinen solid zu sein und statt sich durch Pikrokarmin rot zu färben, nehmen sie einen bräunlichen Farbenteint an. Er nimmt sie als stratum granulosum des Nagels an und nennt sie daher „substance onychogène."

WALDEYER [3] dagegen, der das Eleidin dem Hyalin von RECKLINGHAUSEN einreiht und daher für dasselbe den Namen Keratohyalin vorschlägt, will die Eleidinkörner auch in den Zellen der Nagelmatrix nachgewiesen haben.

Er sagt: „die Zellen liegen immer an der fertigen Nagelsubstanz in ein bis zwei Lagen und enthalten dicht gedrängt sehr feine Eleidinkörner." Er will sie in Präparaten, die frisch mit Eisessig aufgehellt sind, nachgewiesen haben oder in Pikrokarmin gefärbten Schnitten, die man nachher längere Zeit mit Eisessig behandelt.

UNNA [4] hebt schon in seiner ersten Arbeit über die Histologie und Entwickelungsgeschichte der Haut (1876) stark hervor, dafs keine Körnerschicht in der Nagelmatrix existiert, und dafs die Verhornung des Nagels im Vergleiche mit der gewöhnlichen einen bedeutend abweichenden Prozefs darbietet; die zwar kurze aber sehr klare Beschreibung lautet: „die Stacheln der Mutterzellen des Nagels werden immer deutlicher, während die Zellen sich abplatten, wodurch eine stark punktierte, dunklere Übergangsschicht entsteht. Aus dieser gehen dann endlich die sehr platten, glänzenden und mit feiner

Zähnelung versehenen Nagelzellen hervor. Von einer Körnerschicht findet sich hier keine Andeutung." Dieselbe Ansicht wiederholt er in einer späteren Arbeit über die Histologie der Haut in ZIEMSSENS *Handbuch* (Bd. XIV. 2, pag. 50), und besteht auf seiner erst ausgesprochenen Meinung gegenüber der von RANVIER und WALDEYER. Er bemerkt, dafs die Punkte, welche das bräunliche Aussehen verursachen, an der Oberfläche der Zellen und nicht im Innern liegen, und dafs diese nichts sind als die viel deutlicher konturierten Stacheln. Er fügt ferner hinzu: „Es macht auf mich den Eindruck, als wenn die Stacheln der Matrix unter Verbreiterung der Stacheln gegeneinander gepreſst wären. Besonders auf Flächenschnitten der Übergangszone sieht man, dafs das Innere der Zellen körnerfrei ist. Bei der darauf folgenden Verhornung des Zellenmantels werden die Stacheln wieder undeutlicher und kürzer, aber verleihen auch später den Nagelzellen auf feinen Schnitten ein eigentümlich glitzerndes Aussehen."

Neuerdings hat RANVIER [2] wieder die Eigentümlichkeiten und die Ausbreitung des Eleidins besprochen und in bezug auf den Aggregatzustand des Eleidins den Ansichten WALDEYERS und UNNAS entgegnet. Er stimmt mit dem letztern darin überein, dafs er die Existenz der Eleidinkörner in der Nagelmatrix ganz verneint.

Wie man aus der obigen Darstellung ersieht, machen sich drei Ansichten geltend. Einerseits wird das Eleidin in der Nagelmatrix geleugnet, indem eine eigenartig onychogene Substanz angenommen wird (RANVIER), anderseits wird die Existenz des Eleidins resp. des Keratohyalins behauptet (WALDEYER), und schliefslich wird das Vorkommen beider Substanzen an dieser Stelle geleugnet (UNNA).

Durch meine Untersuchungen bin ich zu einem Resultate gelangt, das am meisten zu gunsten der UNNAschen Ansicht spricht. In der folgenden Behandlung des Nagels lasse ich die Frage über die distale Ausbreitung der Nagelmatrix, also ob sie zur vordern Grenze der Lunula sich hinzieht (UNNA), oder ob sie nicht so weit nach vorn geht (H. HEBRA), ganz aufser Betrachtung. Die Punkte aber, welche hier näher besprochen werden, sind folgende:

1. Die Kennzeichen der Nagelsubstanz.
2. Die Charaktere der Matrixzellen.
3. Die Auffassung der punktiert erscheinenden, der Nagelsubstanz am nächsten liegenden Zellenschichten, denen RANVIER die „substance onychogène" zuteilt.

Man wird nicht fehlgehen, wenn man sagt, dafs der Nagel von einer Hornsubstanz gebildet ist, die ein zelliges Gefüge zeigt. Die Zellen sind sehr abgeplattet, durchscheinend, haben eine harte Konsistenz nnd zeigen eine feine Adhärenz. Durch konzentrierte Schwefelsäure läfst sich die Substanz leicht zu langen Fäden zerzupfen, die aus platten, fest adhärierenden Zellenreihen bestehen.

Mit starker Kalilösung behandelt quellen die Zellen auf und lassen sich isolieren. MOLESCHOTT [7] empfiehlt als das beste eine 27 % Lösung. Mit dieser behandelt zeigen die Zellen nach ein paar Stunden eine polygonale und später eine sphäroidale Form, die stark geschrumpften Kerne werden durch ihre starke Lichtbrechung deutlich.

Dünne Schnitte, mit Pikrinsäure behandelt, färben sich konstant gelb, ebenso wie sie auch bei der Behandlung mit Pikrokarmin stets eine gelbe Farbe annehmen. Sie zeigen daher eine gröfsere Affinität zur Pikrinsäure als zum Karmin, durch welches höchstens die verkümmerten Kernreste sich noch schwach rot färben lassen. — Von reinem Karmin wie vom Hämatoxylin mit nachheriger Entfärbung durch Säure (*A*) werden die Nagelzellen nicht gefärbt; nur die verkümmerten Kernreste zeigen eine schwache Färbung. Durch stärkeres Entfärben der Hämatoxylinpräparate in Eisessig oder „Alcool acidulé" (s. Alkohol mit einigen Tropfen Salzsäure) verlieren auch die verkümmerten Zellkerne schnell ihre Farbe.

Wenn man Schnitte von Nagel und Nagelmatrix mit verschiedenen Anilinfarben behandelt, z. B. Safranin, Methylenblau und Gentianaviolett, und nachher in Alcool acidulé entfärbt, zeigt die Nagelsubstanz eine gröfsere Affinität zu den Farbstoffen, ja sie wird noch intensiver gefärbt als die Kerne der Matrixzellen. Dieses tritt nicht allein an Schnitten von Alkoholpräparaten ein, sondern auch an Schnitten von Präparaten, die vorher mit Kali bichromicum oder Chromsäure oder mit einem Gemisch von Chromsäure, Osmiumsäure[1] und Essigsäure behandelt werden und nachher in Alkohol gehärtet sind. Die Nagelsubstanz färbt sich immer stark braun, wenn sie längere Zeit in einer dünnen Lösung (1—2 %) von Kali bichromicum oder Chromsäure ($^1/_2$ %) gelegen hat.

Wenden wir uns jetzt zur Nagelmatrix selbst, so finden wir, dafs die untersten Zellenschichten, welche im hintern Teile der Matrix auf den Papillen, weiter nach vorn auf den leistenförmigen Erhöhungen des subungualen Bindegewebes sitzen, aus cylindrischen Zellen bestehen. Höher hinauf werden die Zellen polygonal, um nach und nach eine plattere Form anzunehmen. Ich schliefse mich, bezüglich der Form der Zellen, ganz der RANVIERschen Beschreibung an. Die Kerne der unteren Schichten sowie auch die cylindrischen Zellen selbst zeigen auf ungefärbten, in Eisessig getauchten, wie auf gefärbten Schnitten einen dunkleren Ton. Die polygonalen Zellen dagegen sind heller, wie auch die Kerne derselben eine nicht so tiefe Färbung als die der unteren zeigen. Oft sieht man, dafs die Mitte des Kerns heller ist, und man kann an vielen bemerken, dafs die Kernmembran verdickt ist, und dafs die Chromatinkörper sich

[1] Die Osmiumsäurewirkung darf freilich nicht so stark gewesen sein, dafs alle Substanz schwarz geworden ist.

der Peripherie anlegen. Der Zellinhalt selbst zeigt eine diffuse, hell durchscheinende Farbe an gefärbten Schnitten (Pikrokarmin, Hämatoxylin), während man bei verschiedener Einstellung die stark lichtbrechenden dunkleren Zellenkonturen deutlich unterscheiden kann. — Diese Verschiedenheit der Farbenintensität mufs aller Wahrscheinlichkeit nach auf den eintretenden Veränderungen des Zelleninhalts beruhen, indem man annehmen darf, dafs die Verhornung schon ziemlich tief unten in den Matrixzellen eingeleitet wird. Diese Ansicht ist auch bereits von RANVIER [1] ausgesprochen, indem er sagt: „l'évolution cellulaire qui aboutit à la production de la matière onychogène et à la formation de la substance cornée de l'ongle est bien plus graduelle et commence bien plus tôt que ne le feraient croire les préparations faites après durcissement par l'alcool." Er stützt seine Ansicht auf Präparate, gehärtet in Ammonium bichromicum und gefärbt in Pikrokarmin, wobei die Matrix 2 verschieden tingierte, ungefähr gleich grofse Zellenschichten zeigt. — Es ist jedoch die Frage, ob schon in den mittleren, helleren Schichten eine eigentliche Verhornung vorhanden ist und nicht vielmehr ein Zwischenstadium im physiologisch-chemischen Prozefs, wodurch der Zelleninhalt (Protoplasma und Paraplasma) nach und nach keratinisiert wird.

In den mehr abgeplatteten, der eigentlichen Nagelsubstanz zunächst liegenden Zellenreihen, welche ich hier die Übergangszone genannt habe, bietet sich bei den verschiedenen Reagenzien ein etwas verschiedenes Verhalten dar.

Bei frischen, in Alkohol gehärteten, mit Eisessig behandelten, wie bei den in Kali bichromicum (1—2 %) oder Chromsäure (½ %) und sodann in Alkohol gehärteten, in Glycerin aufgehellten Schnitten bemerkt man deutlich eine bräunliche oder graubräunliche, mehrschichtige Zellenlage von gröfserer oder geringerer Tiefe. Diese besitzt namentlich in der distalen Partie der Matrix, also den leistenförmigen Erhöhungen entsprechend, die gröfste Ausdehnung. Der bräunliche Teint ist bei mit Pikrokarmin gefärbten Schnitten ziemlich hervortretend, und an in Glycerin aufbewahrten Präparaten viel deutlicher als an den in Canadabalsam montierten.

An Hämatoxylinpräparaten, am deutlichsten an Querschnitten, sieht man die Übergangszone blaugraulich und dunkler gefärbt als die mittleren Zellenschichten darunter. Aller Wahrscheinlichkeit nach mufs es diese Schicht sein, die RANVIER mit einem stratum granulosum des Nagels verglichen hat und wo er seine „substance onychogène" hinlegt, und wo auch WALDEYER die Keratohyalinkörner gesehen haben will. — Wir wollen nun diese granuliert erscheinende Übergangszone etwas näher besprechen.

An Schnitten von Präparaten, die in Kalium bichromicum und nachher in Alkohol gehärtet sind, bemerkt man, wie oben gesagt,

die dunklere Übergangszone deutlich hervortretend. An ungefärbten Schnitten[1] mit der Stachelschicht der superungualen Epidermis verglichen erscheint der dunkle Farbenton dieser dem der Übergangszone fast ganz ähnlich.

In der Stachelschicht des superungualen Nagelwalles sieht man deutlich die Grenzen der Stachelzellen (Zeiss, Mikroskop, obj. DD und Homogene Immersion 1/12) als die bekannten granulierten Konturlinien oder als schmale quergestreifte Schnüre. Das stratum granulosum kann man gut unterscheiden, indem die Körnerschicht sich dadurch auszeichnet, dafs die granulierte Substanz als länglich ovale Masse nahe an beiden Enden des oblongen Zellkernes sich anhäuft und fast den ganzen Zellenleib erfüllt, die Peripherie der Zelle aber frei läfst.

Durch schräge Beleuchtung erscheint die Stachelzellgrenze viel deutlicher als sonst. Die ganze Stachelschicht hat einen schwachen gelben Teint im Gegensatz zur Hornschicht, was im Vergleich mit der Nagelsubstanz charakteristisch ist, indem diese letztere an Chromsäurepräparaten je gelber je näher der Nagelmatrix ist.

Wenden wir uns jetzt zur Nagelmätrix, so finden wir die Stachelzellgrenzen hier im Vergleich mit denen der Epidermis weniger deutlich in den mittleren Schichten, deutlicher aber je näher der Nagelmatrix jedenfalls an Längsschnitten. Die Übergangszone zeichnet sich in den ungefärbten Chromsäurepräparaten durch eine grünlich dunkle Farbe aus. Die ganze Schicht hat ein körnig-punktiertes Aussehen. Die Zellkerne sind mehr oder weniger geschrumpft und wie der ganze Zellenleib sehr plattgedrückt.

Betrachtet man nun diese Übergangszone mit starker Vergröfserung — ich wende homogene Immersion 1/12, Zeiss, an — wird man überall sehen können, wie diese graulichen Granulationen in den äufseren Schichten des Zellkörpers vorkommen. Schraubt man langsam von oben nach unten, so bemerkt man die Granula am ersten, dann den Zellkern, ein Beweis, dafs sie den peripheren Teilen des Zellkörpers angehören. In mittlerer Einstellung betrachtet, wo man mehrere Zellen mit ihren Kernen übersehen kann, ergibt sich, dafs die granulierten Reihen den Zellgrenzen entsprechen und im Verhältnisse zum Kerne oberflächlich, aber nicht im Zellenleibe liegen. Sodann bemerkt man, dafs zwischen zwei Zellkernen, die eine helle starke lichtbrechende Zone umgibt, die granulierte längliche Reihe sehr regelmäfsig und genau der Zellgrenze entspricht.

Ganz ähnliche Reihen wird man auch in der eigentlichen Nagelsubstanz oft finden können, wo sie auch die Zellgrenzen bilden, obgleich sie hier nicht so stark hervortretend sind. Sie lassen sich hier von den geschrumpften Kernen, die viel stärker das Licht

[1] 1/2% Chromsäure, Alkohol absolutus, in Alkohol geschnitten, in Glycerin aufbewahrt.

brechen, gut unterscheiden. Durch schräge Beleuchtung treten sie noch deutlicher hervor, indem sie dadurch an der einen Seite heller, an der andern dunkler erscheinen. Es wird also aus ihrer Lage und Ausbreitung wahrscheinlich, dafs diese anscheinend granulierten Reihen nur die Zähnelungen der teilweisen verhornten Stachelzellen in der Nagelmatrix sind, eine Ansicht, die durch Untersuchungen von tingierten Präparaten nur gestützt wird. Am besten eignen sich die in Glycerin aufbewahrten; ebenso sind die in Damarbalsam montierten besser als die in Canadabalsam, weil in dem letzteren die Brechungsdifferenz der verschiedenen Zellteile fast aufgehoben ist. Bemerkenswert ist der Unterschied zwischen den mit Anilinfarben behandelten Schnitten (Methylviolett, Saffranin, Gentianaviolett), wo die Nagelsubstanz ganz gefärbt, die Übergangszone mehr oder weniger, von der Entfärbung abhängend, stark tingiert ist, während die mittleren und unteren Schichten nicht mit derselben Hartnäckigkeit die Farbstoffe zurückhalten, besonders nicht die Kerne, und den Schnitten, die mit Pikrokarmin, Hämatoxylin oder Karmin allein gefärbt sind, wo die Kernfärbung immer stark hervortritt. An Flächenschnitten von der Übergangszone wird man sich noch mehr überzeugen, können, von welcher Natur das eigentümliche physikalische Verhalten dieser Zone ist. Man bemerkt an solchen (vgl. Fig.) sehr deutlich eine unendliche Menge von Riffchen, die oberhalb an den Seiten und unterhalb der Zellkerne liegen. Die Zellgrenzen zeichnen sich nicht deutlich aus, wie in der Stachelschicht der Epidermis, und oft ist es ziemlich schwer, die Grenzen zweier nebeneinander liegenden Zellen zu unterscheiden, wenn man sie nicht in verschiedener Fokaldistanz betrachtet. Die Riffchen sind fast über die ganze Zelle ausgebreitet, und der Raum um den Kern ist sehr beschränkt. Die mit Zähnelungen versehenen Zellgrenzen haben ein eigentümlich glitzerndes Aussehen, ganz wie in der eigentlichen Nagelsubstanz. Man mufs sich aber die Stachelzelle der Übergangszone, von der Fläche gesehen, wie ein unregelmäfsiges Polygon, von der Seite an Längenschnitten gesehen, wie eine spindelförmige Epitelzelle denken, deren Wände aneinander liegen, mit Ausnahme des kleinen Raumes, wo der Zellkern sich befindet. In der Übergangszone wird man keine Spur von Eleidin resp. Keratohyalinkörnern entdecken können, was sehr leicht zu konstatieren ist, wenn man einen Längs- oder Querschnitt durch den Nagelwall (superunguale Epidermis) und gleichzeitig durch die Nagelmatrix legt und nach der Färbung die beiden respektiven Regionen vergleicht. Die Körnerschicht findet man in der superungualen Epidermis wie einen schmalen Faden stark gefärbt, in der Übergangszone der Nagelmatrix gibt es keine Spur von Körnerfärbung. In dieser Beziehung kann ich also den Ansichten von Waldeyer nicht beistimmen.

Was die „substance onychgène“ betrifft, so habe ich mich nicht überzeugen können, dafs eine eigenartige Substanz in der Übergangszone wirklich existiere. Der dunklere Ton, die bräunliche Färbung an mit Pikrokarmin gefärbten Schnitten u. s. w., erklärt sich aus den mehr oder weniger hervortretenden Zähnelungen der Stachelzellen, welche hier deutlicher hervortretend der ganzen Schicht ihre Eigentümlichkeit verleiht und daher auch als die letzte Phase in der Verhornung der Matrixzellen aufzufassen ist. Dazu kommt noch ein andres Moment, das auch beitragen kann, der ganzen Übergangszone einen dunkleren Farbenton zu geben.

Die Verhornung geschieht bekanntlich in den peripheren Teilen der Zellen. Wenn dieser Prozefs von aufsen nach innen fortschreitet, wird freilich der Raum zwischen den verhornten Teilen und dem Kern immer kleiner. Da nun in der Übergangszone nur ein sehr enger Raum von unverhorntem Zelleninhalt noch frei bleibt, tritt auch zwischen dem Zelleninhalt und dem verhornten Teile der Zelle eine Brechungsdifferenz auf, die mit dazu beitragen wird, die ganze Übergangszone vor den mittleren Schichten hervorzuheben. Geschieht nun die Verhornung nicht überall ganz gleich, so wird die Brechungsdifferenz noch unregelmäfsiger und dadurch die anscheinende Granulierung noch mehr hervortretend. Dafs die Zähnelungen, die an Flächenschnitten als kürzere oder längere Riffchen erscheinen, nach aufsen zuweilen sehr ins Auge springen, wird man hauptsächlich bei schräger Beleuchtung wahrnehmen. Dafs diese Riffchen kein Kunstprodukt sind, dagegen spricht der Umstand, dafs je frischer ein Nagel mit härtenden Füssigkeiten behandelt worden ist, desto deutlicher man dieselben sieht. Am besten habe ich es an einigen in $^1/_2$ % Chromsäure und darauf in Alkohol gehärteten Präparaten gesehen, die bei einer Amputation gewonnen worden; das Material war noch warm, als die Nagelphalanx abgekniffen wurde. Man wird auch sehr oft bemerken, wie diese Zähnelung in den der Matrix am nächsten liegenden Schichten der fertigen Nagelsubstanz ins Auge fällt.

Indessen wird auch die Aufmerksamkeit auf kürzere oder längere granulierte Reihen in der Nagelsubstanz gelenkt, wenn man Schnitte, die stark mit Chromsäure oder Kalium bichromat., Pikrokarmin und nachher mit Säuren behandelt worden sind, betrachtet. Diese Granula sind oft von verschiedener Gröfse, und ich mufs sie als Reste von der Pikrin- resp. Chromsäurebehandlung deuten, indem sie hauptsächlich an den Zähnelungsreihen sitzen. Sie färben sich nicht in Hämatoxylin oder Karmin und verhalten sich in ihrer Ausbreitungsweise von einem Pigment ähnlichen Stoffe ganz verschieden. Ich hatte Nagelpräparate von einem Affen, Cercopithecus monas, zum Vergleiche. Bei diesem kommt ein sehr ausgebreitetes schwarzes Pigment vor, das sich teils zerstreut, teilweise

in länglichen Häufchen sowohl in der Nagelsubstanz als in den Matrixzellen und der übrigen Epidermis findet.

Wenn wir schliefslich das obige zusammenfassen wollen, ergibt sich 1. dafs der Verhornungsprozefs schon in den mittleren Schichten der Nagelmatrix beginnt (ebenso RANVIER); 2. dafs in der hier sogenannten Übergangszone die letzte Phase dieses Prozesses von den Matrixzellen durchgemacht wird (ebenso RANVIER, UNNA, WALDEYER); 3. dafs in dieser Übergangszone kein Eleidin resp. Keratohyalin sich findet (entgegen WALDEYER); 4. dafs keine eigenartige „substance onychogène" nachweisbar ist (entgegen RANVIER); 4. sondern dafs die physikalische Verschiedenheit der Übergangszone, die sich durch einen dunkleren Farbenton und anscheinende Granulierung kundgibt, durch die hier stärker hervortretenden Zähnelungen und Riffchen der Zellen sich erklären läfst (ebenso UNNA).

Fig. 2.

Fig. 3.

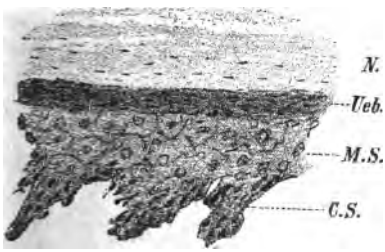


Fig. 4.

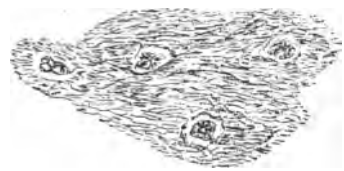


Fig. 5.

Fig. 2. Längenschnitt von einem menschlichen Nagel; Pikrokarminfärbung. Vergröfs. ZEISS Obj. a. oc. 2. mit Camera lucid. gezeichnet.

str. m = stratum mucosum, str. g = stratum granulosum, str. c = stratum corneum, N. = Nagel, Ueb. = Übergangszone, M. S = Mittlere Schicht der Matrix, C. S. = Untere und cylindrische Zellenschicht.

Fig. 3. Nagel, Querschnitt durch den Teil, wo die leistenförmigen Erhöhungen sind. Von einem Hämatoxylinpräp. Canadabals. ZEISS Obj. c. oc. 2. Buchstaben wie oben. Mit camera lucid. gezeichnet.

Fig. 4. Nagel. Längenschnitt von der Übergangszone, 1/2 % Chromsäure, Alkohol ungefärbt, in Glycerin. — Zeiss. Homogene Immersion 1/12, oc. 2. ohne Camera lucida gez. — Die mit Zähnelungen versehenen und dicht aneinander gedrängten Zellen der Übergangszone.

Fig. 5. Nagel. Flächenschnitt von der Übergangszone, 1/2 % Chromsäure, Alkohol, gefärbt in Kleinenbergs Hämatoxylinlösung, in Glycerin aufbewahrt. Zeiss, homogene Immersion 1/12, oc. 2, ohne camera lucida gezeichnet. — Die Zellen sind überall mit kleinen Riffchen versehen. Die Zellkerne geschrumpft, die Zellgrenzen nicht deutlich (nur in verschiedener Fokaldistanz zu sehen).

Litteratur.

1. Ranvier, *Traité technique d'histologie.* Fasc. VI.
2. — *Archives de physiologie normale et pathologique.* Tome III. 1884.
3. Waldeyer, *Untersuchungen über die Histogenese der Horngebilde, insbesondere der Haare und Federn* (in der Festschrift für Henle. 1882).
4. Unna, *Beiträge zur Histologie und Entwickelungsgeschichte der menschlichen Oberhaut etc.* (*Archiv für mikr. Anat.* XII.)
5. — *Die Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Haut, in* Ziemssens *Handbuch der Hautkrankheiten.* Bd. XIV.
6. H. Hebra, *Beitrag zur Anatomie des Nagels.*
7. Moleschiott, *Zur Untersuchung der verhornten Theile des menschlichen Körpers,* in *Untersuchungen zur Naturlehre des Menschen und der Thiere.* Band IV.

Über plastische Darstellung von Hautkrankheiten.

Von

Dr. H. Brooke
in Manchester.

Diejenigen, welche die prachtvollen Modelle, die in London (Guy's Hosp. und College of Surgeons) und Paris (Hôp. St. Louis und Lourcine) befindlich sind, gesehen haben, werden wohl zugeben, dafs sie bei weitem das beste Mittel darstellen, um die so vergänglichen und ephemeren Phänomene der Krankheiten der Haut wiederzugeben und festzuhalten. Vermöge der Festigkeit und der drei Dimensionen ist man im stande, die Haut selbst und alle die dem Kliniker wahrnehmbaren, morbiden Veränderungen mit mehr Lebhaftigkeit und Realität mittels Modellen darzuthun, als es bei irgend einer andren Methode möglich ist. Damit ein Gemälde einer Hautaffektion wirklich Nutzen schaffe, ist es notwendig, dafs es von einem aufserordentlich sorgfältigen und sachverständigen Künstler herrühre, und da die meisten derjenigen, welche die Bilder in den Atlanten gemalt haben, kaum in diese seltene Kategorie gehören, ist es klar, weshalb ihre Bilder uns meistenteils als mangelhaft

oder verfehlt erscheinen. Wir erkennen ja leicht die am besten markierten Fälle, wie Akne, Leontiasis u. s. w., die Darstellungen aber der schwächer ausgeprägten oder weniger bekannten Fälle und speziell solcher Zustände, wobei die Läsionen klein und mannigfach sind und keine sehr charakteristischen Aufsenlinien darbieten, erkennen wir sicher erst an den untergeschriebenen Namen.

Bei den Modellen fällt eine der gröfsten in der Technik der gefärbten Bilder vorkommenden Schwierigkeiten, nämlich die Schattierung, gleich hinweg, und die Aufgabe des Malens wird in das einfache Färben der aktuellen Oberfläche verwandelt. Dies ist wohl keine Kleinigkeit und verlangt vom Modellisten gewissermafsen einen treuen Farbensinn und Kenntnis der Farbenmischung. Gleichwohl braucht man kein Elfinger oder Bagg zu sein, um Modelle zu liefern, die, was sprechende Realität betrifft, die schönen Bilder dieser Künstler weit übertreffen. Es mag wohl sein, dafs der Kunstgenufs bei diesen ein gröfserer ist als bei jenen, die allerdings ein wenig von dem geisterhaften Aussehen der Wachsfigurenkabinete an sich haben; für praktische Zwecke jedoch ist ein gewöhnliches Modell ebenso lehrreich als das best ausgeführte Gemälde und in vielen Fällen weit weniger geeignet, Täuschungen herbeizuführen.

Die Methode, mittels welcher die Modelle in London und Paris verfertigt werden, ist immer von den Fabrikanten (Towle, Baretta, Jumelin) als Gewerbegeheimnis strengstens bewahrt worden, und ich war daher gezwungen, als ich anfing, alle Details selbst ausfindig zu machen. Die Prozeduren können daher noch keineswegs als vollkommen ausgearbeitet betrachtet werden, sind aber schon soweit gediehen, dafs sie Resultate zu geben vermögen, welche sogar Ärzte für amputierte Körperteile gehalten haben. Auf Veranlassung meines geehrten Freundes Dr. Unna teile ich das Verfahren, soweit ich darin gekommen bin, den Fachkollegen mit, so dafs diejenigen, die sich für die Reproduktion ihrer typischen oder ungewöhnlichen Fälle interessieren, es probieren mögen.

Kurz gefafst ist der Prozefs folgender: Zuerst wird ein hohler Gipsabgufs der betreffenden Stelle bereitet; in diesen wird eine fleischfarbene Komposition hineingegossen, die, fest geworden, einen treuen Abgufs gibt. Diese wird dann vorsichtig abgezwickt, sonstwie ausgebessert und zuletzt bemalt.

Zunächst nimmt das Verfertigen der Gufsform unsre Aufmerksamkeit in Anspruch, das, obwohl ein rein mechanischer Prozefs, von grofser Wichtigkeit ist, weil ja gerade die Vorzüglichkeit des Modells hauptsächlich durch die Qualität der Gufsform bedingt wird.

Der Gips, der sich hierzu am besten eignet, ist die feine, bei den Zahnärzten gewöhnlich gebräuchliche Sorte. Um dessen Eigenschaften in gutem Zustande zu bewahren, sollte er in einem geschlossenen Kruge an irgend einer trockenen Stelle aufgehoben werden. Die Öffnung der Kruke sollte nur so weit sein, dafs deren Inhalt dem Operateur sehr leicht zugänglich ist. Da es aber sehr notwendig ist, dafs das Mischen des Gipses mit dem Wasser mit möglichster Schnelligkeit geschieht, ist es ratsam, dafs man einen Gehilfen habe, der Gips und Wasser gleich auf Kommando dem Operateur ausmessen kann. Über die exakten Verhältnisse zwischen den Mengen von Gips und Wasser wird einiges Experimentieren viel mehr lehren als irgend eine Beschreibung; nur einige praktische Winke können gegeben werden.

Die Mischung mufs in einer nicht zu grofsen halbkugeligen Bowle stattfinden, die mit einer breiten Lippe versehen ist. Da hinein wird etwas kaltes Wasser gegossen (eine erhöhte Temperatur des Wassers beschleunigt zu sehr das Festwerden), worauf der Assistent den Gips aus einem grofsen Löffel allmählich aber zu gleicher Zeit geschwind hineinstreut. Mit einem glatten Efslöffel rührt jetzt der Operateur das Pulver mit dem Wasser schnell um, indem er sämtliche Klumpen an den Seiten des Gefäfses zerdrückt, bis das Ganze eine homogene, dünn breiartige Masse darstellt. Scheint die Quantität unzulänglich zu sein, so läfst man den Assistenten, während das Rühren immer noch fortgesetzt wird, mehr Gips resp. Wasser hinzusetzen, bis eine genügende Mischung bereitet ist. Dann wird diese Masse sanft über die vorher geölte Haut hingegossen. In der Zeit, bis zu der sie fest wird, mufs sie auf solche Weise verteilt werden, dafs die hervorragenden Stellen eine ebenso dicke Gipsschicht bekommen wie jene, die flach sind, und endlich streicht man mit den in Wasser getauchten Fingern die erstarrende Masse überall, bis das Äufsere der Form ganz glatt und eben wird. Es läfst sich leicht begreifen, wie notwendig es sei, die schnell zusammentrocknende Gipsmasse vom Anfang an in hinlänglicher Quantität vorzubereiten; wenn trotzdem nach dem Ausgiefsen sich herausstellen sollte, dafs die Menge unzureichend ist zur Vollendung des Gusses, so verteilt man schnell das schon Ausgegossene in gleicher Dicke und leert darüber eine in einer reinen Bowle schnell gemischte zweite Menge. Wenn die erste nicht schon recht fest ist, so kleben die zwei Schichten gut zusammen um einen einzigen starken Panzer zu bilden.

Diese einfache Prozedur allein genügt, um von ebenen Oberflächen Abgüfse zu liefern. In vielen Fällen jedoch, und insbesondere bei den chirurgischen, wird es notwendig, vollkommen runde und quasisoliede Modelle zu konstruieren, die auch übrigens immer die eindruckvollsten sind.

Als Beispiel des Verfertigens einer einem solchen Modell entsprechenden Moule werden wir das Verfahren beim Modellieren einer Hand beschreiben, die uns einen kleinen und bequem zugänglichen Körperteil darbietet.

Man versieht sich zuerst, der Reinlichkeit halber, mit einem glatten Brette (zu diesem Zwecke brauche ich ein abgenutztes eisernes Theebrett). Hierauf legt man in der gewünschten Lage die Hand. Ringsum in einer Entfernung von 2 cm wird eine 4 cm hohe Mauer aus feuchtem Pfeifenton gebaut. Dann mittels eines in Mandel- oder Olivenöl getauchten Pinsels beölt man Haut, Brett und innere Seite der Mauer, wobei man darauf achtet, dafs kein Überschufs die feineren Details des Reliefs der Haut undeutlich mache. Sodann wird unter das Handgelenk oder den Vorderarm ein Kork oder ein Holzstück geschoben, von solcher Dicke, dafs die untere Seite der Hand circa 2 cm vom Brette aufgehoben wird. Jetzt gieſst man so viel Gips hinein, dafs die untere Hälfte damit bedeckt ist und zu derselben Zeit gibt man acht, dafs keine Luftblasen sich an der Hautfläche ansetzen. Erst nach dem Verlaufe von 4—5 Minuten, wenn die Moule so fest geworden, dafs der überstreichende Rand des Fingernagels eine scharfe Linie zurückläfst, hebt man die Hand heraus, und wenn alles gut gelungen ist, findet man vor sich eine genaue umgekehrte Reproduktion von jeder kleinsten Unebenheit der Haut, bis auf die Schweifsporen.

Während die Hand von Gipsstückchen gereinigt wird, untersucht der Modellist, ob irgendwo überhängende Ränder vorkommen, die imstande wären, das senkrechte Aufheben des Abgusses auf irgend eine Weise zu hindern; denn es darf nicht vergessen werden, dafs das zum Modell gebrauchte Material ganz unbiegsam ist und sich nicht so leicht herausziehen läfst wie das elastische lebendige Fleisch. Wenn solche vorhanden sind, müssen die Ränder der Gufsform mit einem etwas horizontal gehaltenen Messer allmählich abgeschabt werden, bis sie vollkommen weggeschafft sind. Nachher bohrt man in die Oberseite 2 oder 3 Grübchen von der Gröfse der Kleinfingerspitze, um das exakte Zusammenpassen der zwei Hälften der Form mittels der später darin gebildeten Stäbchen zu bewirken. Das Schabsel mufs nächstdem sorgfältig mit einem Pinsel weggeräumt werden, wonach die Hand wieder in die Form gesetzt und alle beide so mit Öl übergossen werden, dafs die kleinen durch das Zusammenziehen des Gipses veranlafsten Spalten, die sich zwischen Haut und Form immer bilden, ausgefüllt werden. Endlich wird Gips und Wasser in der schon oben geschilderten Weise auf die obere Hälfte der Hand geschüttet und sobald die Masse fest geworden, ist die Moule fertig. Nichts bleibt übrig, als den Thon abzuziehen und etwaige Rauhigkeiten des Äufsern wegzuschaffen. Da der Gips noch etwas feucht ist, mufs die Moule in einem trockenen, warmen

Zimmer, nicht aber zu dicht bei dem Ofen, aufgehoben werden. Ist die Hitze zu stark geworden, so findet man nachher, daſs die trockene Hohlform zerbrechlich ist; eine bestehende Bröckeligkeit dagegen deutet auf ein zu langes Umrühren mit darauf folgender, schon eingetretener Verdickung des Gipses, bevor er die Haut berührt. Dieser Zustand ist durchaus zu vermeiden, weil die Wände der Moule, wenn sie beim Herausziehen des Modells im geringsten an Modellsubstanz ankleben, gleich abbrechen, wobei die Feinheit des Abdrucks natürlich vollständig verdorben wird.

Es ist jedoch nicht notwendig, jede Hohlform so stückweise zu machen, wie es bei einem so komplizierten Körperteile wie die Hand allerdings erforderlich ist. Bei ebenen Oberflächen, z. B. in der Mittellinie des Beins, des Arms oder des Halses, genügt es schon, einen oder mehrere starke, dünne, weiche, über beide Grenzen des betreffenden Gebietes sich erstreckende Fäden auf die geölte Haut zu legen. Diese kleben der Haut an, sollten aber der Sicherheit wegen durch einen zweiten, das Glied umgebenden Faden festgehalten werden, da sie sonst beim Übergieſsen des Gipsbreies nicht selten verschoben werden. So bald dieser halb erstarrt ist, hält man das eine Ende fest, während das andre aufgehoben wird und so den Gips durchschneidet. Wird beim Herausziehen dem Faden eine Neigung nach rechts und nachdem nach links gegeben, so wird eine Art Fuge hervorgebracht, die zur exakten Zusammensetzung der verschiedenen Teile sehr behilflich ist. In vielen Fällen wird es ratsam sein, diese beiden Methoden gemeinschaftlich zur Anwendung zu bringen, z. B. beim Modellieren des Fuſses und des Beines. In diesem Falle würde man erst eine Moule der Fuſssohle machen, die Ränder glatt und eben schneiden u. s. w., sodann eine auf diese passende Hohlform der oberen Seite der Zehen abnehmen, wonach man einen Faden von der Vorderseite nach der Rückseite durch den Zwischenraum zweier Zehen hindurchlegt und denselben oben befestigt. Dann kann man das ganze Bein auf einmal mit dem Gips umgeben, und die durch das Herausziehen des Fadens gebildeten zwei Hälften würden sowohl den andern Stücken wie einander anpassen. Um die Oberflächen der Moulen reinlich und glatt zu erhalten und deren Einzelheiten besser zu bewahren, ist es ratsam, die Ränder und das Innere mit Firnis zu überziehen. Zu diesem Zweck dient sehr gut ein mit Spiritus verdünnter, gewöhnlicher Schellackfirnis. Die Verdünnung muſs so stark sein, daſs der Firnis in den Gips leicht hineindringt und mehr färbt als bedeckt; wenn der Anstrich zu dick ist, verdirbt er die feineren Details und klebt nicht selten der Modellsubstanz an.

Einige weitere Einzelheiten werde ich der Fortsetzung vorbehalten. Für jetzt möchte ich betonen, daſs jede der sorgsamen Verfertigung der Moule gewidmete Extrazeit und Mühe sich lohnt,

indem die nachträgliche Arbeit dadurch bedeutend erleichtert wird.

Einen Gegenstand, der für den Modellisten von ebenso grofser Wichtigkeit ist, wie die Vollkommenheit der Moule, bildet die Zusammensetzung des Stoffes, woraus das Modell gemacht wird. Im Anfange meiner Versuche wurde meine Aufmerksamkeit auf ein von Bowlby (*Brit. Med. Journal.* Oct. 1882) beschriebenes Material gerichtet, das aus Gelatine, Glycerin, Honig und Talk komponiert ist. Bowlbys etwas kompliziertes Verfahren vereinfachte ich und fand, dafs ich einen ebenso brauchbaren Stoff erzeugte, wie das nach der Originalformel bereitete Material. Mein Rezept war folgendes. Zu Gelatine, rein und so farblos wie möglich, 200,0, wird gerade soviel Wasser zugesetzt wie sie aufsaugen kann. Dann wird sie in einem Wasserbad geschmolzen, wonach Honig 200,0 und Glycerin 300,0 hinzugefügt werden; endlich wird Talkpulver 200,0—300,0 hinzugeschüttet und gut umgerührt, währenddessen man Karminglycerinlösung tropfenweise hinzugiefst, bis die gewünschte Fleischfarbe erreicht ist. Die Mischung mufs, während sie noch heifs und dünn ist, in die Moule ausgeleert und diese sodann fortwährend wiegend bewegt werden, so dafs jeder Teil der Oberfläche eine starke Decke bekommt. Die Bewegung mufs natürlich immer fortgesetzt werden bis das Material nicht mehr flüssig ist. Dann läfst man die Masse erkalten und erst nach einigen Stunden schält man das Modell heraus.

Obwohl ich nach dieser Vorschrift ganz gute Modelle fabriziert habe, war ich gezwungen, wegen mehrerer Unzuträglichkeiten dieselbe aufzugeben. Einerseits war die Farbe immer eine zu dunkle und liefs sich daher nicht mit jeder gewünschten Grundfarbe tingieren, sodann war die Masse zu weich, um die richtige Form des Modells ohne Unterstützung zu bewahren, liefs sich weder gut eingiefsen, noch verarbeiten und war überdies zu kostspielig. Darum bemühte ich mich, eine Masse zu finden, die diese Fehler nicht besafs, und nach einigen Experimenten geriet ich auf eine Substanz, die alle Erfordernisse zu erfüllen scheint.

Die Bestandteile sind:

Weifses Wachs	300,0.
Talkpulver	200,0.
Feines Weizenmehl	100,0.

Das Wachs wird in einem Becken auf den Ofen gestellt, bis es geschmolzen ist. Darauf werden die vorher gemischten Pulver hineingegeben und das Ganze gründlich zusammen gerührt. Sobald die Masse homogen ist, tröpfelt man von einer Karminweingeistlösung soviel hinein, dafs eine diffuse, strichfreie, licht rosa Farbe erzielt wird.

Die so bereitete Substanz bietet mehrere Vorteile vor dem Gelatineleim. Man kann sie sehr leicht machen und dabei zu jeder beliebigen Tinte durchfärben; ihre Oberfläche läfst sich sowohl durch Pulver wie mittels Wasserfarben kolorieren und mit einem Federmesser leicht präparieren und verarbeiten; sie kann auch entweder poliert oder rauh gemacht werden. Sie kühlt rasch nach dem Eingiefsen ab, wird bald fest und ist stark, aber natürlich nur, wenn man eine genügende Dicke (½—1 cm, je nach der Gröfse der Platte) gibt. Der Einguſs geschieht gerade wie bei der Gelatine, weil aber die eingegossene Masse flüssiger ist und sehr viel schneller abkühlt als der Gelatineleim, mufs die wiegende Bewegung der Moule eine um so geschwindere und infolge dessen eine vorsichtigere sein als bei diesem.

(Fortsetzung folgt.)

Über das Unguentum Praecipitati albi.

Von

Dr. W. H. Mielck
in Hamburg.

Der deutsche Apothekerverein hat eine Anzahl seiner Mitglieder zusammentreten lassen und diesen den Auftrag gegeben, die Vorschriften der neuen Pharmakopöe an der Hand der veröffentlichten Beurteilungen und Bemängelungen zu prüfen und, jenachdem sich diese als begründet oder nicht begründet ergeben werden, Änderungen und Besserungen vorzuschlagen. Alle Überhastung ist ausgeschlossen, und da Lust und Liebe vorhanden scheinen, so geben die Arbeiten das Recht, auf ein gutes Ergebnis zu hoffen.

Einige Bedenken möchten wir der Kommission noch zum Beginne ihrer Arbeit vorlegen.

Es betrifft das Unguentum Praecipitati albi. Die jetzige Vorschrift ist hervorgegangen aus der Verbindung eines alten Schlendrians mit einer neuen Modethorheit. Die neue Modethorheit ist, dafs man das alte Fett durch Paraffinsalbe, den nicht ganz gelungenen deutschen Stellvertreter des amerikanischen Vaselins, ersetzt hat. Die Amerikaner setzten, um ihrem Vaselin den Boden zu bereiten, ihre landesübliche Reklame ins Werk. Die Unveränderlichkeit des Stoffs, eine an sich durchaus schätzenswerte Eigenschaft, wurde weit über die Gebühr erhoben und gleichsam als das einzige Kriterium einer guten Salbengrundlage hingestellt, — und wunderbar war es, wie beide, so Ärzte wie

Apotheker, auf diese Reklame anbissen. Mit einem male war es nichts mehr mit den alten Fetten in ihrer unleidlichen Zersetzlichkeit; der alte Mensch, der seit Jahrtausenden ranzige und nichtranzige Fette aufsen und innen wohl vertragen hatte, mufste plötzlich aufs zärtlichste vor aller Ranzidität aufsen auf seiner Haut behütet werden. Von seiten der Apotheker war die Sache nicht ohne Berechnung. Die alten Pharmakopöen verboten aus Furcht davor, das Publikum vielleicht ranzige Salben anwenden zu sehen, bei einer ganzen Anzahl von Salben das Vorrätighalten, während doch das Erfordernis einer raschen Bedienung des Publikums den Apotheker unter den Zwang stellte, die betreffenden Präparate dennoch fertig bereit zu halten. In dieser Bedrängnis wurde, obgleich sie schon zur Gewohnheit geworden war, das Vaselin in seiner gepriesenen Unveränderlichkeit froh begrüfst und von der Pharmakopöekommission unter anscheinend allgemeiner Billigung der Ärzte in vielen Salben die Fette durch fettähnliche Kohlenwasserstoffe substituiert.

In der Folge ist in diesen Blättern mehrfach und mit Entschiedenheit darauf hingewiesen worden, dafs das Vaselin, dem gegenüber die menschliche Haut sich impermeabel verhält, nur als Hindernis wirke für das Eindringen der mit demselben verriebenen Heilmittel in die Haut. Es ist dies ohne Frage ein Schaden, den man sich zugezogen, um einem eingebildeten Übel zu entgehen. Gewifs war es sehr ehrenwert, dafs der Apotheker sich vor der Abgabe ranziger Salben fürchtete und darauf hielt, dafs die Abgabe einer solchen nicht seinem guten Rufe Abbruch thue.

Hat aber je, solange man die Haut mit Salben salbte, irgend eine anders auf der Haut gewirkt als in einem ranzigen Zustande, d. h. in einem Zustande, wo die Entmischung und das Freiwerden von Fettsäure schon vor sich geht? Dünn auf der warmen, Wasser abdunstenden Haut unter freiem Zutritte der Luft ausgebreitet, ist das Fett der Einwirkung von Agenzien ausgesetzt, wie sie günstiger zur Erzeugung eines ranzigen Zustandes nicht gedacht werden können. Die frischeste tadelloseste Salbe wird nach kurzer Zeit auf der Haut ranziger sein als je eine im Topfe alt gewordene Salbe. Und auch das der Salbe inkorporierte Heilmittel wird auf der Haut während kurzer Frist derselben Zersetzung unterworfen sein, die es etwa im alten Topfe durch die Einwirkung des ranzig gewordenen Konstituens erleiden mufs.

Eine Modethorheit war es, dafs man in den Salbenvorschriften die Fette durch ein allerdings chemisch beständiges, aber die Haut nicht durchdringendes Schmiermittel ersetzte.

Ein Schlendrian aber, dafs der weifse Präcipitat noch immer in der alten Form angewendet werden mufs.

Der Niederschlag, der sich beim Vermischen einer Sublimatlösung mit Ätzammoniak bildet, ist äufserst zart, aber er trocknet

zu harten, schwer zerreiblichen Brocken zusammen, die zusammenschrumpfend so dicht werden, dafs sie ein, wenn auch nur geringes, Klangvermögen annehmen.

Aus diesen harten Stücken kann der weifse Präcipitat überhaupt nie wieder in die Feinheit des feuchten Niederschlages übergeführt werden. Die Kohärenz des getrockneten weifsen Präcipitats ist so grofs, dafs das Feinreiben desselben eine Arbeit ist, die selten so lange und so energisch fortgesetzt wird, wie sie müfste, und gar zu häufig erblickt man, wenn eine Probe einer Präcipitatsalbe auf einer Glasplatte dünn ausgestrichen wird, unzerriebene Bröckchen schon auf den ersten Blick mit bloſsem Auge. Für einen gewissenhaften Rezeptaren ist die Salbe ein Kreuz.

Doch läfst sich das weifse Präcipitat sehr wohl im ungetrockneten Zustande aufbewahren, und in seiner unendlich viel feineren Verteilung werden dann viel geringere Quantitäten desselben genügen, um die gleiche Wirkung hervorzurufen.

Der ausgewaschene Niederschlag wird erst durch Abtröpfelnlassen, dann durch Absaugen, entweder mit Hilfe einer Luftpumpe oder mit Hilfe poröser Unterlagen möglichst von seinem Wassergehalte befreit. Es läfst sich das ohne viele Umstände so weit treiben, dafs die steife Paste auf 55 % des berechneten Niederschlages 45 % Wasser enthält. Man mischt dieser dann soviel vom konzentriertesten Glycerin unter, dafs dieselbe ein Dritteil ihres Gewichts trockenen Präcipitat enthält. Diese $33^1/_3$prozentige Paste läfst sich auf die angenehmste Weise mit Fetten zu gleichmäfsigen Salben mischen, die, wie schon erwähnt, mit einer gewissen Vorsicht gegenüber den alten anzuwenden sein würden, da die feinere Verteilung ein bedeutend höheres Mafs von Wirkung zur Folge haben dürfte.

Die Dermatologie an den deutschen Hochschulen.

Von

P. G. Unna.

Die Dermatologie, als Spezialwissenschaft, nimmt heute, wenigstens an den Universitäten Deutschlands, noch nicht den Rang ein, den sie der Wichtigkeit des Gegenstandes halber längst hätte sich erobern sollen. Wer wollte leugnen, dafs ein grofser Teil der heute das Staatsexamen absolvierenden Ärzte auf dem Gebiete der ihn später fortwährend umgebenden, klar vor Augen liegenden Haut-

krankheiten eine Unsicherheit in der Diagnose und eine Unerfahrenheit in der Therapie besitzt, die sich in der Praxis leider oft zum Schaden der Patienten rächt und deren sich der junge Äskulap wahrscheinlich schämen würde, wenn dieser Wissensmangel das Auge oder den Kehlkopf beträfe?

Die Schuld liegt nicht etwa, wie häufig angenommen und entgegnet wird, an der Seltenheit der Hautkrankheiten überhaupt, die nur in Grofsstädten und den ersten Universitäten ein geeignetes Material zum Lehren und Lernen zur Verfügung stellten. Dieses Vorurteil herrscht überall nur so lange, bis geeignete, spezialistisch geschulte Kräfte sich an dem betreffenden Platze niederlassen. Von dem Zeitpunkte an scheinen die Hautkrankheiten aus der Erde zu wachsen. Sie waren stets vorhanden, wurden aber teils übersehen, teils nicht geheilt und nur zu einem kleinen Teile sachgemäfs behandelt. Es geht damit der Dermatologie übrigens nicht anders wie jedem unter den jüngeren Spezialfächern.

Wer wollte andrerseits nicht mit freudiger Genugthuung anerkennen, dafs grade die letzten Jahre eine leise Wandlung zum Bessern verraten? Jüngere Kräfte wachsen dem Spezialfache allerorten zu, und auch an manchen kleinern Universitäten finden wir ein, wenn auch noch bescheidenes Spezialkolleg gegen früher eingeschoben. Dies mufs mit der Zeit zur Verbreitung dermatologischer Kenntnisse unter der jüngeren Ärztegeneration beitragen.

Freilich sind wir noch weit von unserm Ziele entfernt, welches sich einfach so ausdrücken läfst, dafs der Dermatologie derselbe Rang, dieselbe staatliche Anerkennung und Unterstützung zu Teil werden mufs, die heute bereits die Ophthalmologie und Neurologie sich errungen haben.

Die Dermatologie wird dieses Ziel nicht auf anderm Wege erreichen als ihre Schwesterwissenschaften, nämlich durch entsprechende, offenkundige Leistungen, und gewifs ist niemand weiter entfernt als wir von dem Glauben, der Staat müsse sich eher zu jener Anerkennung und Unterstützung herbeilassen, als bis er diese Leistungen wahrnimmt und nicht mehr ignorieren kann. Ob es allerdings nicht im Interesse der leidenden Menschheit und der staatlich geprüften Ärzte wünschenswert wäre, wenn der Staat schon früher durch Errichtung neuer Lehrstühle aktiv an dem Aufschwunge der Dermatologie teilnimmt, das zu erörtern ist hier nicht unsre Sache. Wir wollen nur im Vorübergehen darauf hinweisen, dafs in den letzten Jahrzehnten Nordamerika und Italien auf seinen sämtlichen Universitäten Professuren für Dermatologie errichtet haben und dafs die Durchschnittsbildung des amerikanischen und italienischen Arztes auf diesem Gebiete, wenn nicht schon heute, so doch sicher in Zukunft aus diesem Grunde die des deutschen Arztes übertreffen mufs. Der Flug der amerikanischen Wandervögel

richtet sich, soweit die Dermatologie in Frage kommt, bekanntlich bis heute auch nicht nach den deutschen Universitäten im engeren Sinn, sondern nur nach Wien.

Von oben herunter kann der Aufschwung und die wissenschaftliche Anerkennung unsers Spezialfaches wohl begünstigt und befördert, aber nie gesichert, geschweige denn erzwungen werden. Von unten herauf müssen wir uns langsam und stetig diesem Ziele nähern und dann wird es uns schliefslich an jenem Erfolge auch nicht fehlen. Was in Österreich vor einem Menschenalter dem Genie eines einzigen, was FERDINAND HEBRA gelang, weshalb sollte das heutzutage nicht dem vereinten Bestreben einer kleinen Anzahl für ihre Wissenschaft begeisterter Forscher auch bei uns gelingen?

Die vielen sich an diesem Punkte andrängenden Fragen nach dem wahren Verhältnis der Dermatologie zur Gesamtwissenschaft und zu den übrigen Spezialitäten, nach ihren allerdings urwüchsigen aber durchaus nicht idealen Beziehungen zur Syphilodologie — wollen wir hier nur streifend berühren. Es wird sich später Gelegenheit ergeben, jedem einzelnen dieser Punkte sein Recht widerfahren zu lassen. Nur soviel sei als unsre innerste, mit der Zeit zu immer gröfserer Festigkeit gediehene Überzeugung vorweg ausgesprochen, dafs, wenn die ganze Lehre von der kranken Haut auf jenem hohen Standpunkt angelangt sein wird, sie auf sämtliche andern medizinischen Wissenschaften in noch ungeahnter Weise befruchtend einwirken, dafs sie umgekehrt zur Mutter aller andern werden mufs — und dieses einfach aus dem Grunde, weil wir an ihr wirklich einmal pathologische Prozesse sich abspielen sehen, weil wir hier nicht, wie fast überall sonst, aus pathologischen Produkten gewesene Prozesse tastend zu erschliefsen haben. Nur die Ophthalmologen und zum Teil die Rhinologen und Laryngologen sind auf einem weit beschränkteren Felde ähnlich günstig gestellt.

Zunächst sind wir noch lange nicht so weit. Aber ich denke, es kann für die gemeinsame Arbeit der Zukunft schon von Vorteil sein, von Zeit zu Zeit Musterung über das Arsenal und Heerschau über die Kommilitonen zu halten, die sich dieser hohen Aufgabe mit der Resignation sich selbst belohnender Arbeit gewidmet haben.

In Deutschland[1] ist zur Zeit an 11 Universitäten Gelegenheit zum Studium der Hautkrankheiten gegeben, in Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Freiburg, Jena, Königsberg, Leipzig, München, Strafsburg und Würzburg. Dagegen entbehren 9 Universitäten des dermatologischen Unterrichts noch gänzlich: Gieſsen, Greifswald, Göttingen, Halle, Heidelberg, Kiel, Marburg, Rostock, Tübingen.

---

[1] Die folgenden Notizen sind dem deutschen Universitätskalender von ASCHERSON, Wintersemester 1884—1885, entnommen.

Auf ersteren 11 Universitäten lehren 8 Professoren und 8 Privatdozenten, welche sich folgendermaßen verteilen:

	Professoren:	Dozenten:
Berlin:	G. Lewin.	G. Behrend.
	E. Schweninger.	L. Lewinski.
	—	O. Lassar.
Bonn:	J. Doutrelepont.	—
Breslau:	A. Neisser.	—
Erlangen:	-	R. Fleischer.
Freiburg:	W. Hack.	—
Jena:	P. Fürbringer.	
Königsberg:	J. Caspary.	—
Leipzig:	—	J. E. Lesser.
München:	—	C. Posselt.
Straßburg:	F. Wieger.	A. Wolff.
Würzburg:	—	G. Matterstock.

Die absolute Anzahl der offiziell mit dem dermatologischen Unterricht Betrauten — 16 — ist eine selbst den geringsten Ansprüchen gegenüber noch herzlich kleine. Glücklicherweise gibt es auch unter den praktischen Ärzten Deutschlands eine nicht geringe Anzahl, denen die Pflege der Dermatologie am Herzen liegt.

Relativ klein erscheint die Anzahl, wenn wir von Nordamerika und Italien ganz absehen, schon bei einem Vergleiche mit den uns zunächst liegenden Zuständen auf den Universitäten der Schweiz und Österreichs. Während in Deutschland nicht einmal die Hälfte aller Universitäten Vertreter unsers Faches aufweist, besitzen von den vier medizinischen Fakultäten der schweizer Universitäten, Basel, Bern, Genf und Zürich, drei Lehrstühle für dasselbe:

Bern: A. v. Ins und K. v. Erlach.
Genf: H. Oltramare.
Zürich: H. Müller und Ed. Kreis.

Weit voran ist uns — und dies ist historisch ja leicht begreiflich — Österreich mit seinen 6 medizinischen Fakultäten.

An jeder derselben ist die Dermatologie wenigstens durch eine außerordentliche Professur vertreten, und Wien allein hat, trotzdem die letzten Jahre drei der berühmtesten durch den Tod hinweggerissen, fast soviel Dermatologen wie ganz Deutschland.

	Professoren	Dozenten
Wien	H. Auspitz.	E. Finger.
	M. Kaposi.	J. Grünfeld.
	J. Neumann.	H. v. Hebra.
	G. Wertheim.	A. Jarisch.

	Professoren:	Dozenten:
Wien (ferner)	—	E. Kohn.
	—	F. Mrazek.
	—	E. Schiff.
	—	L. v. Vajda.
	—	M. v. Zeissl.
Graz	E. Lipp.	—
Innsbruck	E. Lang.	—
Krakau	A. Rosner.	—
Prag	J. Pick.	—
Prag (böhm.)	V. Janowsky.	—

Nicht anders steht es mit der Dignität der Vertretung unsres Faches gerade in Deutschland. Die einzige ordentliche Professur für Dermatologie besteht augenblicklich nur in Strafsburg, und zwar als Überrest der französischen Zeit. Professor Wieger, welcher dieselbe inne hat, zog sich schon seit Jahren von der Abhaltung der Klinik zurück und überliefs dieselbe interimistisch dem Dozenten A. Wolff. Es ist wenig Hoffnung vorhanden, dafs bei einer eventuellen Reaktivierung der dermatologischen Professur mehr als ein Extraordinariat herauskommen wird. Hier haben wir mithin gegenüber der französischen Zeit der Strafsburger Fakultät wahrscheinlich einem Rückschritte entgegenzusehen.

Einen effektiven Rückschritt derselben Art haben wir in Würzburg zu beklagen. Hier existierte noch 1883 eine ordentliche Professur für Hautkrankheiten in der Person von v. Rinecker, welcher Haut- und zugleich Geisteskrankheiten vertrat. Aus dem Munde des Verstorbenen, welcher ebenfalls grofs wie wenige von der Zukunft der Dermatologie dachte, hörte der Schreiber dieses die feste Zuversicht aussprechen, dafs seine Sorge für unser Fach nicht mit seinem Tode untergehen würde. Leider ist diese Vorhersage nicht eingetroffen. Schuld der eigentümlichen Personalunion wird es gewesen sein, dafs diese unter damaligen Umständen festeste Position in Deutschland nicht mehr besteht. Dozent Matterstock hält an Rineckers Stelle die Syphilidoklinik ab, nicht die dermatologische Klinik.

Wir haben also eigentlich nur noch aufserordentliche Professoren in Deutschland, ein Umstand, der für die nächsten Jahrzehnte auch kaum zu beklagen wäre. Denn selbst in Österreich hatten nur die Verstorbenen Hebra und Sigmund ordentliche Professuren inne, und auch in Deutschland mögen diese immerhin für ganz besondere Verdienste aufgespart bleiben. Jedenfalls wäre unserm Fache im ganzen unendlich viel mehr damit gedient, wenn alle Universitäten wenigstens eine aufserordentliche Professur für Dermatologie besäfsen, als wenn in Berlin oder sonstwo noch eine ordentliche Professur gegründet würde.

Zunächst muſs zweierlei angestrebt werden, damit unser Fach würdiger und wirksamer als bisher vertreten werde.

Einerseits muſs unser Streben dahin gehen, daſs in Leipzig, München und Würzburg, d. h. in unsern drei gröſsten medizinischen Fakultäten, welche solcher Stellungen noch entbehren, auſserordentliche Professuren für Dermatologie gegründet werden.

Anderseits müssen wir zu bewirken suchen, daſs zunächst in den vier gröſsten der neun, aller Dermatologen baren Universitäten, in Göttingen, Halle, Heidelberg und Tübingen, und später auch in den übrigen sich Privatdozenten für unser Fach habilitieren, wie es kürzlich in Erlangen geschehen ist.

Das letztere wird durch private Anregung von unten her leichter zu bewirken sein, als das erstere. Wenn aber erst an sämtlichen 20 deutschen Universitäten Dozenten in unserm Fache wirken, wird die Gründung weiterer auſserordentlicher Professuren durch Einwirkung von unten herauf nicht mehr zu umgehen sein und jedenfalls nur eine Zeitfrage darstellen.

Aber noch in einer andern Richtung haben wir Fortschritte für die Dermatologie zu erhoffen, nämlich durch die Trennung derselben von der Syphilidologie. Niemals ist bewiesen worden, daſs andre als lediglich äuſsere, praktische Gründe die Verquickung beider bewirkt und unterhalten hatte; sind doch heute noch u. a. die leicht möglichen Verwechselungen, also richtiger gesagt: diagnostische Irrtümer die wesentliche Basis der personellen Vereinigung von Syphilistherapie und Dermatotherapie bei den betreffenden Spezialisten. Wissenschaftlich aber erfordert schon die Syphilis heutzutage den ganzen Mann, man denke bloſs an die Nervensyphilis, die Syphilis des Auges und Kehlkopfes. Viel dringender noch verlangt jedoch die Dermatologie heute und in Zukunft die volle Hingebung des einzelnen; ein Fortschritt der letzteren nach den unzähligen Richtungen der anatomischen, physiologisch- und pathologisch-experimentellen Forschung ist undenkbar, wenn auf die Dauer ihr dieser Block am Beine haftet. Der Anfang dieses Jahrhunderts sah in Wien noch die Syphilitischen, „Krätzigen“ und Wahnsinnigen in derselben Abteilung zusammengesperrt. Hoffen wir, daſs am Ende desselben Jahrhunderts die einsichtigen Leiter dieser Angelegenheiten in Deutschland wenigstens in den gröſsten Universitäten Berlin, Leipzig, München die Trennung der Dermatologie von der letzten Schranke selbständiger Entwickelung vollzogen haben.

Allerdings ist dieser ersehnte Schritt für Berlin neuerdings Thatsache geworden. Wir haben jedoch nicht gehört, daſs lediglich wissenschaftliche Gründe für die plötzliche Trennung der Professuren an der Charité maſsgebend gewesen sind. Da wir einmal Heerschau über alle unsre Kommilitonen halten, soweit sie sich in lehrender Stellung befinden, so wollen wir dieser Thatsache keineswegs aus

dem Wege gehen. Uns sei jeder Fachkollege in lehrender Stellung willkommen, wenn er ernstlich an dem Aufblühen und der Entwickelung unsrer Wissenschaft Anteil nehmen will, und wir brechen über Keinen den Stab, wenn wir noch Hoffnung hegen dürfen, diesen Wunsch in Erfüllung gehen zu sehen. Ob der zu einer solchen umworbenen Stelle Berufene sich durch Leistungen von unten heraufgearbeitet hat, oder ob ihm von oben herab das glückliche Loos in den Schofs fiel, uns vom Standpunkte der reinen Wissenschaft und der zukünftigen Gröfse unsers Spezialfaches mag es gleichgültig sein, wenn von nun an wenigstens der Betreffende unser Streben mit Energie zu dem seinigen macht. Wir vertreten naturgemäfs einen ganz andern Standpunkt, als die Berliner Fakultät, denn aus dem Widerstande, den dieselbe der Berufung Schweningers entgegensetzte, klang uns nicht das heraus, was wir zu hören wünschten, dafs Schweninger bisher keinen Fortschritt der Dermatologie inauguriert, dafs er aus einer andern Sphäre herüberkommend selbst bei bestem Willen das gar nicht zu leisten imstande gewesen wäre, was so viele tüchtige Dozenten deutscher Universitäten bereits geleistet hatten, und dafs die Berufung daher zunächst einer Herabsetzung wissenschaftlichen Verdienstes gleichkomme.

Jetzt aber, wo Schweninger die erste Professur rein für Dermatologie thatsächlich bekleidet, registrieren wir mit Genugthuung die wie auch immer erfolgte Abtrennung der Dermatologie von der Syphilis als einen erheblichen Fortschritt in der wissenschaftlichen Seite unsers Faches.

Aber eine schwere Verantwortung fällt anderseits auf den glücklichen Träger dieses Fortschritts, und wir werden nicht müde werden, an diese zu erinnern. Ist es doch die Stellung, welche eigentlich dem Führer der Dermatologie in Deutschland gebührte. Aber vielleicht fällt unsre Mahnung auf einen fruchtbaren Boden. Nicht allen grofsen Dermatologen ist ihr Beruf an der Wiege gesungen worden. Um von Lebenden ganz zu schweigen, auch Hebra selbst kam wie zufällig zur Dermatologie; er verfafste ein chirurgisches Lehrbuch früher als ein dermatologisches. Und damit rufen wir unserm jüngsten Kollegen, der an so weithin sichtbarer Stelle steht, in leichter Veränderung das Goethesche Wort zu:

Was dir geschenkt des Glückes Laune hat,
Erwirb es, um es zu besitzen!

Und so hoffen wir, dafs diese für unsre Fachwissenschaft so günstige Teilung der Arbeit sich zunächst in Berlin durch einen erneuten Aufschwung ersterer rechtfertigen werde, dafs sodann in nicht zu langer Zeit andre Hochschulen, vor allem Leipzig und München, mit der Schöpfung getrennter Lehrstühle für beide Disziplinen folgen mögen, dafs aus dieser Trennung heraus immer mehr

die Wichtigkeit beider Fächer für das allgemeine Wohl über den engen Kreis des Spezialisten hinaus Anerkennung finde und endlich der allgemein erkannten Bedeutung entsprechend eine Deutschlands würdige Vertretung unsrer Disziplin an allen Hochschulen die glückliche Folge sei!

Referate.

LOMER, R., *Über die Bedeutung der* WEGNER*schen Knochenerkrankung für die Diagnose und Therapie der hereditären Syphilis. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.* 1884. X. 2.)

Der Syphilis wird in dieser bedeutsamen Arbeit jener grofse Raum gewährt, den sie bei der Frage von Abort und Frühgeburt beansprucht, besonders seit WEGNER die Veränderungen an den Knochen syphilitischer Früchte beschrieben hat. C. RUGE hat 83 % aller Frühgeburten und Todgeburten auf Syphilis der Eltern zurückführen können. L. stützt sich auf 43 Fälle meist macerierter Früchte, bei denen er sich folgende Fragen vorgelegt hat:

1. Ist die Knochensyphilis ein ganz charakteristisches, in allen Fällen von hereditärer Lues vorkommendes Phänomen? Drei Kategorien hat er hier unterscheiden können:

a. die Knochen zeigten exquisit syphilitische Veränderungen in 21 Fällen. Die Milz war stets zu grofs, wenn man nach C. RUGES aus zahlreichen Wägungen gewonnenem Resultat als äufserste Grenze des Normalen im Gewicht der Milz das Verhältnis von $^1/_{300}$ des Gesamtkörpergewichts statuiert. Auch die Leber war abnorm grofs. Noch nach zehn Jahren hat L. bei 3 Fällen — FOURNIER selbst hat nur nach vier Jahren (daher sein Irrtum), KASSOWITZ nach zwölf Jahren Vererbungsfähigkeit gesehen — Syphilis als Ursache für das frühzeitige intrauterine Absterben der Kinder abgeben sehen. Ein veranlassendes Moment für den Eintritt der Geburt hat nicht von den Frauen abgegeben werden können, nur einmal ein Sturz aus dem Bette und darauffolgende Blutung. — Alle Früchte waren meist vor der 30. Woche abgestorben bis auf ein frühgeborenes lebendes Kind.

b. die Knochen zeigten geringe syphilitische Veränderungen (9 Fälle). Sehr ähnlich der vorigen Rubrik, nur ein geringerer Grad derselben Erkrankung.

c. die Knochen sehen normal aus (13 Fälle, also 34 %). Hier können Irrtümer unterlaufen bei dem Modus der Untersuchung der Knochen, über den wir, so einfach er ist, bitten müssen, das Original nachzulesen. Anderseits genügen Vergröfserung der Milz und Leber, besonders wenn wie in einem Falle hier andre sichere Zeichen der Lues dabei waren. Jedenfalls ist die syphilitische Knochenerkrankung kein beständiges Phänomen bei hereditärer Lues, sondern alle Grade von Veränderungen kommen am Knochen vor bis zum normalen. Auch die Placenta ist bei Luetischen schwerer: normal 1:8—5 ist sie nach L. und MEWIS 1:4:3.

L. resumiert also: Ein normal aussehender Knochen bei einem macerierten Kinde schliefst Syphilis nicht sicher aus. Die Vergröfserung der

Milz und Leber scheinen dann noch Aufschluſs geben zu können, wenn die Knochenprobe negativ ausfällt. Nicht syphilitische Früchte sehen oft braun mummifiziert aus, im Gegensatz zu den ödematös fleischfarbenen syphilitischen Früchten. Es ist auch bei denselben häufiger ein bestimmtes veranlassendes Moment vorhanden für das Absterben der Frucht, und die Rechnung der Dauer der Gravidität stimmt mit den Gewichtsverhältnissen des Kindes überein, was bei sphylitischen nicht der Fall zu sein pflegt. Endlich ist bei luetischen Früchten die Placenta im Verhältnis zum Gewicht desKindes zu schwer.

2. Kommen normaler Weise nicht auch zuweilen Knochenveränderungen vor, welche denen bei Syphilis ähnlich sind? An 21 Embryonen verschiedenen Alters hat L. nichts Derartiges gefunden. Wellig hügelige Begrenzungslinien, wie L. und C. Ruge sie gesehen, dürfen ebensowenig wie verbreiterte Zwischenzonen (L. und Müller) täuschen. Nur zweifellose Knochenerkrankung ist von diagnostischem Wert.

3. Diagnostische Irrtümer bei positivem Befunde sind also ausgeschlossen. Am auffälligsten bei der Untersuchung der normalen Knochen und zwar von frischtoten sowohl als von macerierten Früchten war für L. eine braunrote Färbung der Ossifikationszone im Gegensatz zu dem blassen, absolut farblosen Bilde der syphilitischen Knochen.

Auf das Gebiet der Deutungen des Vorganges der syphilitischen Knochenerkrankung (Wegner, Osteochondritis; Waldeyer - Köbners mangelhafte Osteoblasten etc., schliefslich Birch-Hirschfeld, Haab) mufs Ref. einzugehen verzichten; er verweist auf das Original. Was L. über den Choc en rétour sagt, kann Ref. nicht teilen.

Schliefslich streift L. noch die Frage der Behandlung der hereditären Lues. Er citiert Birch-Hirschfelds schönen prägnanten Ausspruch: „Im allgemeinen kann man sagen, dafs die kongenitale Lues von vornherein mit Erscheinungen auftritt, welche bei der erworbenen Lues den späteren Stadien zu entsprechen pflegen.“ Ob deshalb von Jodkali mehr zu erwarten sein dürfte als von Hg, ist doch von L. zu rasch geschlossen. Indessen verdienen die zwei Fälle am Schlufs erwähnt zu werden, die für die Frucht günstig verliefen in dem einen Falle sogar blofs mit 15,0 (!!) (Kind bis jetzt, 1 Jahr post partum, gesund), in dem andren mit 30,0 Kal. jod.

Lomer stellt übrigens diese Jodkali-Therapie noch in Parenthese, sie gröfseren Versuchsreihen zur Klärung überlassend, was wir nicht unterlassen wollen, hier ausdrücklich hinzuzufügen.

Vier mikroskopische Abbildungen begleiten den Text.

Pauly-Berlin.

Melanosis lenticularis progressiva schlägt Professor Pick (*Prager Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis.* 1884. I. 3.) vor, die sonst als Xeroderma pigmentosa (Kaposi), Lioderma essentialis (Auspiz), Lioderma essentialis Melanosis et Teleangiectasia (Neisser) bezeichnete Krankheit zu benennen. Als Grund für diese radikale Neubezeichnung des Leidens, welche übrigens an eine ältere schon gebräuchlichere anknüpft, wird der Umstand angeführt, dafs die bisher vorgeschlagenen Namen nicht als zutreffend anzuerkennen seien, der genannte jedoch die Wesenheit des Krankheitsprozesses am besten bezeichne. Die vorliegenden Untersuchungen beziehen sich auf drei Krankheitsfälle, und zwar Geschwister, welche im Laufe der letzten 3 Jahre auf der Prager Klinik wiederholt genau beobachtet werden konnten. Beide Eltern sind gesund und zwar brünett, aber ohne jede Pigmentanomalie. Von 12 am Ende der Schwangerschaft leicht geborenen Kindern sind nur die 2 ersten Mädchen und das zwölfte Kind, ein Knabe, am Leben geblieben, die übrigen starben jedesmal wenige Wochen nach der Geburt, ohne dafs die

Todesursache zu ermitteln gewesen wäre, unter Konvulsionen und Nahrungsverweigerung. Bei den 3 überlebenden Kindern trat das Leiden stets erst im Alter von $1^1/_2$ Jahren auf, eine Angabe, welche die klinische Beobachtung beim jüngsten Kinde direkt bestätigen konnte. Die Entwickelung der Krankheit vollzog sich an den drei Geschwistern in vollkommen analoger Weise; zuerst zeigten sich einzelne sommersprossenartige Flecke um die Augen, dann verbreitete sich die Fleckenbildung über Gesicht und Stirn, Hand- und Fufsrücken und zuletzt von dort aus erst langsam, dann rascher zentralwärts weiter. An den nicht erkrankten Partien war die Haut vollständig normal gefärbt, dabei die Haare blond, die Iris blau, im Gegensatz zum dunkeln Kolorit der Eltern.

Der erste Fall, dessen geradezu monströse Veränderung auf ausgezeichneten chromolithographischen Tafeln veranschaulicht wird, kam im 19. Lebensjahr zur Vorstellung. Das Mädchen war, aufser an langjährigem Augenkatarrh, nie krank gewesen, und auch das Hautleiden hat ihr keine subjektiven Beschwerden verursacht. Die Veränderungen der Haut erstreckten sich über die Stirn, das Gesicht und den Hals, am Stamm vorn etwa bis an die Mamma, rückwärts bis unter die Schulterblattwinkel, ferner an den oberen Extremitäten in ihrer ganzen Ausdehnung, mit Ausnahme der volae manuum, an den unteren Extremitäten über beide Unterschenkel, mit Ausnahme der plantae pedum, bis zu der Stelle, wo die Strumpfbänder angelegt sind, und in geringem Grade über das untere Drittel der Oberschenkel. Gewissermafsen isoliert hiervon finden sich gleichartige Erscheinungen um den Nabel im Umkreis von 5 cm, sodann um After und Geschlechtsteile bis an den Übergang in die Schleimhaut. Die Veränderungen stellten sich der Hauptsache nach in polymorphen Effloreszensen, und zwar in flachen, Epheliden ähnlichen bis hanfkorngrofsen, gelblichen, oder gröfsern, schwarzen, flachen, zuweilen schwach erhabenen, den Lentigines gleichenden Flecken. Ferner fanden sich verruköse Gebilde bis zur Himbeergröfse von dunkel schwarzem Kolorit, zum Teil mit spärlichen Haaren versehen, sodann zahlreiche rote und dazwischen runde oder streifenförmige, weifse, narbenartige Stellen, die zum Teil von kleinen, deutlich sichtbaren Gefäfschen durchzogen waren. An der Innenseite des rechten Unterschenkels safs endlich ein 6 cm im Durchmesser betragender, $11^1/_2$ cm hoher, dunkel gelappter schwarzer Tumor, und das untere rechte Augenlid war nach auswärts gestülpt, durch eine, etwa Taubenei grofse, von der Conjunctiva ausgehende fleischrote, stellenweise schwarzgefärbte, an der Oberfläche exulcerierte Geschwulst. Letztere wurde unter unbedeutender Blutung und mit gutem Erfolge operiert. Nach einem Jahr kam die Patientin wieder, weil die Geschwulst am Bein im Verlauf der letzten 2 Monate zu Faustgröfse herangewachsen war. Dieselbe war jetzt gelappt, zum grofsen Teil schwarz pigmentiert und von einem wallartigen Rande umgeben, ihre Oberfläche sezernierte fortwährend eine übelriechende Flüssigkeit, und die ganze Geschwulst hatte die Konsistenz und das Aussehen eines Schwammes. Im Gesicht hatten die schwarzen Linsenflecke an Zahl abgenommen, und an ihre Stelle waren weifse Narbenflecke getreten, und diese Scheckenbildung war über die Haut des übrigen Körpers in ähnlicher Weise fortgeschritten. Durch die Kontraktion an den Übergangsstellen der Haut in Schleimhaut waren die Gesichtsöffnungen verengert und die Beweglichkeit der Lider sowie der Lippen hatte gelitten. Bei der Operation zeigte sich, dafs die Geschwulst vom Unterhautzellgewebe ausgegangen war. Etwa $^1/_2$ Jahr später jedoch war an dieser Stelle ein Recidiv von derselben Beschaffenheit aus der Narbe hervorgegangen, und die Patientin kam 1883 mit einem um die Hälfte gröfsern an der Oberfläche unter penetrantem Geruch zerfallenden Tumor wieder in die Klinik, wo die Operation diesmal mit günstigerem Erfolge vorgenommen wurde. Die Scheckenbildung hatte inzwischen überall an Ausbreitung zugenommen.

Das zweite Kind (17 Jahre alt) hatte zwar nie an Augenkatarrh gelitten, aber grelleres Sonnenlicht hatte ihr stets Lichtscheu und Thränenträufeln ver-

ursacht. Gröfser und kräftiger als ihre Geschwister war sie über Gesicht und Stirn, Hals und Nacken sowie über den Stamm vorn bis zum Manubrium Sterni, hinten bis an den untern Schulterblattwinkel mit den krankhaften Hautveränderungen überzogen, die obern Extremitäten waren in ihrer ganzen Ausdehnung ergriffen, von den untern Extremitäten nur von dem Knie abwärts mit Ausschlufs der Handteller und Fufssohlen. Die übrigen Körperstellen waren vollkommen frei. Die Erkrankung bestand gleichfalls in einer Scheckenbildung, die sich aus analogen Pigmentierungen, wie in dem andern Fall, zusammensetzte. Eine Geschwulst war nur am linken Unterkiefer im Zahnfleisch um den zweiten und dritten Molarzahn, und zwar bis Wallnufsgröfse gewuchert, nach deren Entfernung seither kein Recidiv aufgetreten ist.

Der $2^3/_4$ Jahr alte Knabe, das zwölfte Kind der Eheleute, war sehr gut entwickelt, seine Haut im allgemeinen diffus dunkler gefärbt. Die Scheckenbildung zeigte sich im Gesicht, an der Stirn, den Ohrmuscheln, Händen und Armen, soweit die dunklere Färbung reichte. Auffallend war die grofse Zahl der weifsen und roten Flecke. Von Pigmentflecken zeigten sich nur Epheliden und Lentigines, meistens der hellen Färbung angehörig, nur 3—4 schwarze Flecke ohne warzenförmige Gestalt lagen im Niveau der Gesichtshaut. An kleinen excidierten Hautpartien konnte festgestellt werden, dafs die hauptsächlichsten Veränderungen im Corium Platz gegriffen hatten, die Epidermis war unverändert, zuweilen verdickt und sandte zapfenförmige Fortsätze nach Art der Kankroide in das Rete. Das Endothel der reichlichen Coriumgefäfse war geschwellt, gefaltet und zuweilen bis zur Obturierung in das Lumen hereinragend. Die Adventitia war kleinzellig infiltriert und die Papillen konform der Massenhaftigkeit der Infiltration mehr und mehr verbreitert. Gleichen Schritt mit der Getäfsveränderung und der Infiltration hielt die Pigmentablagerung, die sich zuerst im Rete, dann vorwiegend in der Zellinfiltration selbst etabliert hatte. Die weifsen Flecke erwiesen sich als Produkte der Atrophie sämtlicher Bestandteile der Haut. Die Epidermis war verdünnt, die Cutis in Narbengewebe umgewandelt, das Pigment verschwunden und die Gefäfse spärlich geworden. Im allgemeinen überwog dabei die Atrophie der bindegewebigen Bestandteile die der epithelialen. Die histologische Diagnose der excidierten Geschwülste (Prof. Chiari) lautete melanotisches Spindelzellensarkom. Das Pigment erwies sich überall von gleicher Beschaffenheit, körnig und so angeordnet, dafs man eine ursprüngliche Lagerung in Zellen annehmen konnte. Die Ablagerung im Rete war ausschliefslich entsprechend den erweiterten Gefäfsen etabliert. Das mikrochemische Verhalten that dar, dafs der ursprünglich extravasierte Blutfarbstoff eine Metamorphose eingegangen war. Besonderes Gewicht legt P. auf den anatomischen Befund der Pigmentflecke, welche bei den verschiedenen Effloreszenzen mikroskopisch nur Gradunterschiede nachweisen und alle Übergänge von kleinen regellosen Partikelchen bis zu dem Bilde eines alveolären Pigmentsarkoms darbieten. Klinisch hervorzuheben ist besonders der progressive Charakter melanotischer Hauterkrankungen. Zur pathogenetischen Beurteilung wird schliefslich hervorgehoben, dafs eine konstitutionelle Anomalie des Gesamtorganismus bei der Gesundheit der Eltern und der übrigen Körperbeschaffenheit der Patienten zurückgewiesen werden müsse. Vielmehr spreche alles dafür, dafs es sich um ein örtliches Hautleiden handle, das auf Grund einer angeborenen Disposition, wie z. B. bei Ichthyosis, zur Ausbildung gelange und zwar auf Grund gewisser Reize, welche bei diesen besonders empfindlichen Individuen zu der eigentümlichen, intrakutanen Entzündungsform führe. Unter den in Betracht kommenden Hautreizen sind mit Bestimmtheit nur der Einfluss des Lichtes, der Luft, der strahlenden Sonnenwärme anzuführen, indem bei allen bislang beobachteten Kranken das Leiden zuerst an den von Kleidungsstücken unbedeckten Körperstellen aufgetreten ist. Verf. kennt einen sicher konstatierten Fall von Sklerodermie, wo bei einem Regimentsarzt die Erscheinungen zuerst unmittelbar auf eine Insolation aufgetreten sind. Derselbe

wurde nach einem anstrengenden Ubungsmarsch in sengender Sonnenhitze bei der Rückkehr in die Wohnung von seiner Frau auf das auffallend braun und weifs gefleckte Aussehen seiner Gesichtsfarbe aufmerksam gemacht, und von diesem Augenblick an entwickelten sich die typischen Skleromerscheinungen zu gröfserer Ausdehnung. Im Stadium der entzündlichen Hyperplasie kann jeder Krankheitsherd entweder der Resorption mit Zurücklassung weifser Narbenflecke als Zeichen des atrophischen Rückganges anheimfallen oder weiter wuchern bis zu umfangreichen Geschwülsten, welche zumeist den melanotischen Charakter beibehalten und endlich wahre Sarkome und Karcinome darstellen. Je nach dem Vorwiegen des einen oder des andern Ausganges erhält man je nach dem langen Bestande der Krankheit verschiedene Bilder. Da nun zufällig die ersten gesehenen Fälle (Hebra und Kaposi) vorwiegend der atrophischen Kategorie angehörten, so schien der Name Xeroderma damals eine vollständige Berechtigung zu haben.

Die Prognose ist hauptsächlich abhängig von der Neigung für Geschwulstbildung, frühzeitige operative Beseitigung der warzenförmigen Pigmentmale dürfte deshalb stets zu empfehlen sein. Lassar.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Im Verein f. i. Med. zu Berlin stellte G. Behrend (17. Nov. 1884) einen Knaben mit charakteristischer **Impetigo contagiosa** vor, auf dessen Nacken, Schultern und behaartem Kopf sich gleichzeitig Herpes tonsurans vorfand, und erwähnte bei dieser Gelegenheit einer ähnlichen kürzlich von ihm gemachten Beobachtung, wo die Erkrankung mehrerer Kinder an I. c. von einem mit ringförmigen Borken von Impetigo contagiosa und zugleich mit runden Herpes tonsurans-Flecken behafteten 18. jähr. Mädchen ausgegangen war.

Nach einer vorläufigen Mitteilung (in der *Wien. med. Wchschr.* No. 47. 1884) ist es Dr. S. Lustgarten gelungen, durch ein besonderes, bis jetzt noch nicht bekanntes Färbungsverfahren **spezifische Bacillen in syphilitischen Krankheitsprodukten** zu finden. Wir werden auf diese bedeutsame Angelegenheit erst dann zurückkommen, wenn eine eingehende Publikation vorliegt.

Die vorstehende Mitteilung Lustgartens hat Anregung zu folgender Notiz gegeben: Dr. Koeniger-Lippspringe hat unter hunderten von Lungenkranken im vorigen Sommer sechsmal ein rein eitriges, dickes, gelbes Sputum gefunden, in welchem die Fuchsin-Methylenblaufärbung rotgefärbte Tuberkel-Bacillen nicht, wohl aber rötlichgelb tingierte $1^1/_2$—2 mal so lange, sehr dünne, gerade oder auch etwas gebogene Stäbchen hervortreten liefs. Vier dieser Kranken waren mit Syphilis-Symptomen behaftet, eine fünfte Patientin hatte mehrfach abortiert. Da die klinischen Erscheinungen der Annahme einer Lungensyphilis nicht widersprachen, hält Vf. das Auftreten dieser Bacillen im Auswurf für ein ev. der syphilitischen Lungenerkrankung charakteristisches Vorkommnis, betont aber, dafs er Schlüsse daraus noch nicht ziehen will, sondern diese Beobachtung nur auf Grund der erwähnten Publikation schon jetzt kundgibt. (*D. med. Wchschr.* No. 50. 1884.)

Prof. Berger-Breslau trat auf der Magd. Naturf. Vers. lebhaft für die **ätiologische Beziehung zwischen Syphilis und Tabes** auf. Für dieselbe sprachen u. a. zwei Beobachtungen: Bei einem jetzt 41jähr. Kaufmann entwickelte sich seit 4—5 Jahren ataktische Tabes, nachdem 1865 Ulcus specificum, 1870 vernarbende Gummata im Gesicht, und lange Zeit hindurch recidivierende

Geschwüre in der Nasenhöhle aufgetreten waren. Ein 74jähriger Schmiedegesell war 1880 infiziert worden (Sklerose, makulo-papuloses Syphilid, Iritis, doppelseitige Orchitis) und hatte hatte zwei Jahre an Tabes gelitten. Die Sektion ergab kranzförmige Degeneration der Hinterstränge und degenerative Atrophie im peripheren Nervensystem. (*D. Med. Ztg.* No. 92. 1884.)

Die Excision der Initialsklerose besprach Prof. SCHWIMMER in der Ges. d. Ärzte zu Budapest (*Pest. med. chir. Pr.* No. 48. 1884) an Hand von zwölf derartig von ihm behandelten Fällen, unter denen acht hinreichend lange in Beobachtung und zwei nach mehr als Jahresfrist von Erscheinungen frei geblieben waren. Diese beiden Patienten litten im Gegensatz zu den übrigen zur Zeit der Operation nicht an Inguinaldrüsenschwellung. Obgleich also den Patienten ein absoluter Schutz vor Nacherkrankung unter keinen Umständen zu versprechen sei und im Vorhandensein vergrößerter Inguinaldrüsen eine wichtige Kontraindikation gegeben zu sein scheine, hält S. die Excision unter günstigen Umständen für geboten.

Ref. kann bei dieser Gelegenheit die Frage nicht unterdrücken, was denn die kleine Operation schaden kann, welche selbst bei ev. Nutzlosigkeit quo Allgemeinkrankung das infektiöse, langwierige Ulcus durum in eine reine, rasch heilende Schnittwunde verwandelt und dem Patienten immerhin die günstigste unter den vorhandenen Chancen gibt.

Zur Färbung der **Neisserschen Gonokokken** empfiehlt E. WELANDER eine 1% filtrierte Fuchsinlösung. Dieselbe hat nur ganz kurze Zeit einzuwirken und färbt die Mikroorganismen schwarzbraun. Das Vaginalsekret enthielt immer dann Gonokokken, wenn eitriger Urethral-Ausfluß bestand. Ebenso fehlten dieselben nie bei solchen Weibern, von denen angeblich Tripperinfektion ausgegangen war. In 10 Fällen von Balanitis fanden sich nur kurze stäbchenförmige Mikroben, aber niemals Gonokokken. (Diesen Stäbchenbefund bei Balanitis habe ich gleichfalls durchweg konstatiren können. LASSAR.) (*Nord. med. Ark.* Bd. XVI. No. 2. ref. nach Dr. LAUENSTEIN, *Centblr. f. Chir.* No. 47. 1884.)

Das **Kokain** wirkt nach Dr. BLUMENFELD — der in Professor ZÜLZERS Poliklinik damit gearbeitet — auch auf die Urethra anästhesierend. Man injizierte 2—3 ccm einer 2% Lösung und hielt dieselbe 3—4 Minuten in der Harnröhre fest. Der Erfolg war stets eine Herabsetzung der Empfindlichkeit, oft aber vollständige Unempfindlichkeit bis weit in die pars prostatica, so daß der Katheter auch bei vorher sehr sensibeln Patienten ohne Unbequemlichkeit einging. Die Anästhesie hielt etwa ½ Stunde an. Die Schleimhaut erschien auffallend blaß. Üble Folgen sind nicht beobachtet. Zur Lösung des Kokain soll Alkohol nicht verwendet werden. (*D. med. Wchschr.* No. 50. 1884.)

WEINLECHNER empfiehlt die Injektion von verdünntem **Liqu. ferri sesquichl.** (1: 2,5 Wasser) **in varikose Venen,** 3—4 Tr. in jeden Einstichspunkt, ca. 9 Injektionen per Sitzung. Vorher werden die Venen durch Kompression nach Möglichkeit ausgedehnt. Von 32 derart Operierten wurden 30 geheilt. Gestorben ist keiner, trotzdem 18 mal Abscedierung oder umschriebene Gangräm der Haut auftrat. Immerhin ein etwas bedenkliches Verfahren, weil der Erfolg wie bei allen chemischen Eingriffen nicht ausschließlich in der Hand des Arztes liegt. Die SCHEDEsche Operation verdient bei Beherrschung der Antiseptik gewiß den Vorzug. (*Allg. Wien. med. Ztg.* No. 15ff. 1884.)

Zur Ätiologie der multiplen kachektischen Hautgangrän berichtet Dr. EICHHOFF-Elberfeld im Anschluß an O. SIMONS und seine eignen frühern Mitteilungen über interessante mykotische Befunde. Ein 1½ Jahre altes sehr kachektisches Kind wurde nach überstandenen Masern von dunkelroten Flecken, trübgefüllten Blasen und tiefen schmierig-speckig belegten Geschwüren befallen. Die Substanzverluste waren z. Tl. mit trockenen, schwarzen Gan-

gränschorfen bedeckt und gaben dadurch der Krankheit das charakterische Aussehen. Beide Augen waren an starker Conjunktivitis mit bedeutender Lidschwellung und eitriger Sekretion erkrankt.

Mikroskopisch enthielt der Geschwürsbelag eine dem Trychophyton tonsurans kongruente Pilzform mit auffallend zahlreichen Mycelien. Aufserdem fanden sich accidenteller Weise natürlich eine Unmenge von Bakterien. Als der eigentliche Krankheitserreger aber mufs, nach E.s Ansicht, der Sprofspilz aufgefafst werden, der (sonst gutartig) auf dem kachektischen Boden zu einer besonders perniziösen Wirkung gelangt. Dem Befund entsprechend war der Erfolg einer antiparasitären Behandlung sehr prompt. Auf die Anwendung einer kräftigen Thymol- Salicylsalbe und Seifenbäder, dabei innerlich Roborantia, reinigten sich die Geschwüre innerhalb einiger Tage, und nach einer Woche war die Heilung vollendet. *(Deutsche med. Wchschr.* No. 47. 1884.)

Über die **Entstehung sekundärer Krebsgeschwülste durch Impfung** berichtet Prof. KRASKE-Freiburg (*Centrbl. f. Chir.* Nro. 48. 1884) in Übereinstimmung mit den Erfahrungen von VIRCHOW, LÜCKE, KAUFMANN, KLEBS über zwei Mastdarmkrebse, wo sich neben den ursprünglichen hochsitzenden Geschwülsten — durch weite Partien gesunder Schleimhaut von ihnen getrennt, kleinere Krebsknoten dicht am Anus in der Rektalschleimhaut entwickelt hatten. Ein zufälliges Zusammentreffen zweier primärer Karcinome konnte, namentlich im zweiten Fall um so weniger angenommen werden, als der kleinere Tumor, trotzdem er wie der gröfsere Cylinderzellenstuktur besafs, an einer drüsenlosen Stelle der mit Plattenepithel ausgekleideten Schleimhaut safs. Gegen eine Metastasierung sprach aufser der protopathischen Immunität das Fehlen andrer Metastasen vor oder nach der Operation.

In der bibliographischen Zusammenstellung der *St. Petersburger med. Wchschr.* Nr. 44. 1884 wird folgende Angabe Dr. JABLONOWSKIS erwähnt. Unter dem Namen „**Agra**“ **oder „Kiellik-ilety“** herrscht bei Berg- und Landbewohnern aus dem türkischen Stamme Zebeken eine favusartige Erkrankung der behaarten Kopfteile, welche ansteckend ist und mit der in diesen Gegenden sehr populären Epilation behandelt wird.

DUHRING und WILE bestätigen (*Amer. Journ. of the med. science.* July 1884) die Angabe PAGETS, dafs die **Retraktion der Brustwarze bei Ekzem** auf den karcinomatösen Charakter des Hautleideus hinweise, und machen darauf aufmerksam, dafs das Auftreten dieser Erscheinung die Entwickelung eines Scirrus in sichere Aussicht stelle.

Zur **Kenntnis des Pigments im menschlichen Haar** teilt Dr. GUSTAV RIEHL, Assistent der dermatalogischen Klinik des Professor KAPOSI (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis.* 1884. 33) die Resultate einiger histologischen Studien mit. Auf Querschnitten durch die Papillen in ihrer gröfsten Zirkumferenz findet man bei wachsenden Haaren, in das Papillargewebe eingeschoben, unregelmäfsig gestaltete Zellen mit körnigem und stark pigmenthaltigem Protoplasma. Dieselben sind rund oder spindelförmig, zeigen auch ganz unregelmäfsige Formen. Ebenso schwankt ihr Pigmentgehalt nach Quantität und Anordnung. Manchmal ragen derartige Pigmentzellen mit faden- und kolbenförmigen Ausläufern zwischen die Matrixzellen der Haarrinde hinein, und zwar können von einzelnen Zellen bis zu fünf derartige Fortsätze von 2 bis 4 Zellen Durchmesser Länge ausgehen und dabei sehr verschiedene Form und Dimensionen besitzen. Isoliert man durch Kochen in Alkalien die faserigen Zellen eines pigmentierten Haares, so wird die Pigmentverteilung an allen Zellen besonders deutlich sichtbar. Die Färbung präsentiert sich in den älteren mehr verhornten Zellen diffuser, und das Pigment erscheint mit der Hornsubstanz förmlich verschmolzen. Das Haarpigment ist nach den Beobachtungen R.s immer an Zellen gebunden und zwar in Papillen und Matrix gröfstenteils an

Wanderzellen; in den hornigen Rindenzellen mit dem Protoplasma der Epithelzellen. Verfasser erblickt in diesen Resultaten eine Vermittelung zwischen UNNA, welcher Pigment zwischen den Bildungszellen fand, und WALDEYER, der es nur in den Epithelzellen selbst sah.

In bezug auf das **Auftreten von Herpes Zoster bei Arsengebrauch** führt O. JULIUSBURGER aus der Breslauer Klinik (*Vierteljahrsschrift für Derm. und Syphilis.* 1884. 97) einige Beobachtungen an, bei denen sich nach mehrmonatlichem Gebrauch von Arsenik halbseitige, dem Interkostalnervenverlaufe entsprechende Bläscheneruption unter dem typischen Krankheitsbilde eines Zoster ausbildeten, nach ihrer Abheilung trotz des fortgesetzten Arsenikgebrauches nicht wieder auftraten. Alle andern etwa auf Arsenikintoxikation beziehbaren Nebenerscheinungen oder Arsenexanthem waren hierbei ausgeblieben, und Verfasser kann sich ebensowenig wie der Referent entschliefsen, zwischen dem Auftreten des Zoster und dem Arsengebrauch etwas andres als eine zufällige Koincidenz, keinesfalls aber einen direkten ursächlichen Zusammenhang anzuerkennen.

Dr. ALEXANDER berichtet aus der BIERMERschen Klinik über ein akutes universelles **Merkurial-Ekzem**, welches bei einem sonst gesunden, nicht zu Ekzem geneigten Mädchen infolge einer 10% weifsen Präcipitatsalbe unter hohem Fieber zum Ausbruch gekommen war. Diagnostisch bedeutsam erschien besonders die scharlachähnliche diffuse Rötung des Rumpfes und der Extremitäten, eine Ähnlichkeit, welche durch die späterhin starke Abschuppung vervollständigt wurde. Entscheidend für das Ekzem ist das Auftreten der Bläschen unter Nässung, ferner die Anamnese und der Fieberverlauf.

Auf derselben Klinik wurde ein **Arzneiexanthem** unter Gebrauch von Tartarus boraxatus beobachtet. Der Ausschlag hatte an den ersten Tagen eine Ähnlichkeit mit Masernexanthem. Morbillen aber konnten ausgeschlossen werden schon auf Grund des Fehlens eines Prodromalstadiums des Fiebers und der Nichtbeteiligung der Respirationsschleimhaut. Ferner trat im Gegensatz zu Masern der Ausschlag zuletzt und am schwächsten im Gesicht auf, am stärksten dagegen an den Beinen, die Rötung war sehr dunkel, konfluierend, später stellenweise hämorrhagisch, wie dieses nur bei schwersten Masernformen der Fall ist. Auch die nachfolgende Desquamation war eine für Masern zu reichliche. Dabei juckte das Exanthem stark, die Augenlider näfsten. Das Allgemeinbefinden war wenig gestört und dem Fieber sowohl wie der Hauteruption fehlte jeder typische Charakter. Der Patient hatte aufser Tartarus boraxatus nur Digitalin erhalten, das letztere aber war 20 Tage vor dem Auftreten des Ausschlages bereits ausgesetzt worden. Es blieb danach nichts übrig, als den Ausschlag auf Konto des genannten Mittels zu setzen, und diese Auffassung wurde dadurch gestützt, dafs die Eruption sogleich einer Abschälung Platz machte, als dasselbe ausgesetzt worden war. Ob hier dabei der Tartarus oder das Natr. biborac. als die eigentliche Ursache des Arzneiexanthems hinzustellen sei, läfst Verfasser dahingestellt sein.

Endlich wurde im Verlauf eines schweren Typhus ebendaselbst, nachdem der Patient, um das Fortschreiten seines Decubitus zu verhüten, in das permanente warme Bad gelegt war, im Laufe der dritten oder vierten Woche das Auftreten von zahlreichen, sehr dicht stehenden, Akne ähnlichen, aber zu den Talgdrüsen nicht in Beziehung stehenden Knötchen von dunkelbraunroter Farbe bis zur Gröfse eines 5-Pfennigstücks bemerkt. Ein Teil der Knötchen zeigte in der Mitte einen Eiterherd, und das Ganze erinnerte an ein pustulöses, papulöses Syphilid. Dieses pustulöse Exanthem verursachte weder Jucken noch Schmerzen und überdauerte den Typhus noch längere Zeit. Unter allen bekannten Exanthemen erinnerte dieses im Verlaufe des Typhus abdominalis gewifs sehr selten beobachtete am meisten an die sogenannte Acne cachecticorum.

LASSAR.

Inhalt: A. EULENBURG, Zur Temperatursinnsmessung. — A. GOLDSCHEIDER, Nachtrag zu den Mitteilungen über die spezifischen Energien der Hautnerven. — G. A. GULDBERG, Über die Nagelmatrix und die Verhornung des Nagels. — H. BROOKE, Über plastische Darstellung von Hautkrankheiten. — W. H. MIELCK, Über das Unguentum Praecipitati albi. — P. G. UNNA, Die Dermatologie an den deutschen Hochschulen. — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.**

Spezial-Redaktion: für Original-Abhandlungen und Übersichten **Dr. Unna**; für Referate und Mitteilungen aus der Litteratur **Dr. Lassar.**

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Sendungen sind an einen der Herausgeber oder an die Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 18 zu richten.

Anzeigen.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Handbuch

der

Organischen Chemie

von

Dr. F. Beilstein,

Professor der Chemie am Technologischen Institute zu St. Petersburg.

Zweite, völlig umgearbeitete Auflage in 3 Bänden.

Erscheint in Lieferungen zum Preise von ℳ. 1.80.

Dieses Handbuch enthält die Beschreibung sämtlicher organischen Verbindungen mit vollständigem Litteraturnachweis. Wie sehr ein solches Werk thatsächlich dem Bedürfnis entspricht, erhellt am besten daraus, dafs die in beträchtlicher Anzahl gedruckte erste Auflage desselben wenige Monate nach der Ausgabe der letzten Lieferung vergriffen war.

Die zweite Auflage, begonnen November 1884, erscheint in Lieferungen von 5 Bogen, zum Preise von ℳ. 1.80. Durch den, in Ansehung des grofsen Formates, Lex. 8., und des sehr kompendiösen Druckes, beispiellos niedrig gestellten Preis hofft die Verlagsbuchhandlung den weitesten Kreisen die Anschaffung zu ermöglichen.

Zu beziehen durch jede Buchhandlung.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Lehrbuch
der
Physiologie
für
akademische Vorlesungen
und
zum Selbstudium.

Begründet von RUD. WAGNER,
fortgeführt von OTTO FUNKE.

Neu herausgegeben von

Dr. A. Gruenhagen,
Professor der Medizin. Physik an der Universität zu Königsberg i. Pr.

Siebente, neu bearbeitete Auflage.

Mit etwa zweihundertundfünfzig in den Text gedruckten Holzschnitten.

In drei Bänden.

Erscheint in ungefähr 10 Lieferungen von 10—12 Bogen. Preis der Lieferung 3 **Mark**.

Dr. Hermann Koehler's
Ärztliches
Rezept-Taschenbuch.
Zugleich eine gedrängte Übersicht
der
Gesamten Arzneimittellehre
für
Kliniker und praktische Ärzte.

Nach „Justus Radius' auserlesene Heilformeln."

Zweite Auflage.

Auf Grund der Pharmacopoea Germanica. Ed. II.
umgearbeitet von
Dr. Arthur Jaenicke
in Breslau.

kl. 8 (Taschenformat). XII u. 295 S. 1884

Preis broschiert M. 4.—; gebunden in Leinwand (als Taschenbuch) M. 5.—.

Lehrbuch
der
Arzneimittellehre
und
Arzneiverordnungslehre.

Auf Grund der dritten Auflage des Lehrbuchs der Arzneimittellehre
von R. Buchheim
und der Pharmacopoea Gnrmanica. Ed. II.
bearbeitet von

Erich Harnack,
Professor der Physiolog. Chemie und Pharmakologie an der Universität Halle a. S.

gr. 8°. VIII u. 883 S. 1883.

Broschiert **M. 17.—**. Geb. in Halbfranz **M. 19.—**.

Repetitorium der Chemie.

Mit besonderer Berücksichtigung
der für die Medizin wichtigen Verbindungen
sowie
der „Pharmacopoea Germanica"
namentlich zum Gebrauche
für
Mediziner und Pharmazeuten

Bearbeitet von

Dr. Carl Arnold,
Repetitor für Chemie und Vorstand des Chemischen Laboratoriums der Kgl. Tierarzneischule zu Hannover.

8. XIII u. 550 S. Broschiert **M. 5**; gebunden in Leinwand **M. 6.**

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

herausgegeben von

Dr. H. v. Hebra. Wien. **Dr. O. Lassar** Berlin. **Dr. P. G. Unna** Hamburg.

Band IV. No. 2. Februar 1885.

Über Behandlung des Ekzems.

Von

Dr. Max Burchardt

in Berlin.

Seit mehreren Jahren habe ich auf der Abteilung für Augenkranke in der Charité oft Veranlassung, teils vereinzelte, teils von Zeit zu Zeit in kleinen Epidemien auftretende Erkrankungen an Ekzem zu sehen, die als Ursache von Bindehaut- und Hornhautentzündungen meiner Abteilung einen reichlichen Zugang zuführen. In vielen Fällen ist der ursächliche Zusammenhang der Ekzeme des Gesichtes und Kopfes mit den bezeichneten Augenerkrankungen ungemein deutlich. Man sieht eine mehr oder minder dichte Gruppe von Knötchen, Bläschen oder nässenden Stellen auf der äußeren Haut der Augenlider und auf deren Umgebung. In dem Zentrum der befallenen Stelle, welches nicht immer die Augengegend bildet, sind die Knötchen, Bläschen und Krusten meist am dichtesten gesäet. Oft ist der Ausschlag über beide Augengegenden verbreitet, auf der einen Seite aber stets in stärkerem Maße entwickelt. Ist nur eine Seite ergriffen, so findet man fast ausnahmslos eine Conjunctivitis oder Keratitis phlyctaenulosa auf dieser Seite, während das andre Auge frei bleibt. Ist das Ekzem auf beiden Seiten vorhanden, so ist die Conjunctivitis und Keratitis phlyct. auf der Seite der stärkeren Ekzementwickelung meist erheblich heftiger, als auf der andren Seite. In andern Fällen ist das örtliche Zusammentreffen des Ekzems und des Augenleidens weniger ausgesprochen. Ich meine hier diejenigen Fälle, bei denen das Ekzem auf entfernten Teilen des Gesichtes und Kopfes seinen Sitz aufgeschlagen hat. Aber auch in den meisten dieser Fälle halte ich das Augenleiden für eine

Teilerscheinung und in diesem Sinne für eine Folge des Ekzems, erstens weil diese Fälle ohne scharfe Grenze in die zuerst beschriebene Form übergehen, zweitens weil ich bei den betreffenden Kranken auf den Augenlidern und Umgegend oft genug Narben oder Flecke auffinde, die offenbar von örtlich abgeheilten Ekzemen herrühren, und drittens weil die von mir angewendete erfolgreiche Behandlung des Ekzems in auffallender Weise die Heilung des Augenleidens begünstigt.

Es sei hier gestattet, mit wenigen Worten das bezeichnete Augenleiden zu skizzieren, da die grofse Bedeutung, welche dasselbe für die Erhaltung der normalen Sehfähigkeit, ja für die Erhaltung des Auges selbst hat, die Ekzeme des Gesichtes und Kopfes zu Krankheiten stempelt, die man keineswegs als unerhebliche betrachten darf. In den leichtesten Fällen handelt es sich nur um umschriebene, dicht an die Hornhaut anstofsende Herde von stärkerer Injektion der Bindehaut. Ist die Sache weiter entwickelt, so sieht man am Rande der Hornhaut einzelne oder auch zahlreiche kleinste Phlyktänen. Diese Fälle bilden den Übergang zu denen, bei welchen gleichzeitig Phlyktänen oder Infiltrate sich vereinzelt oder mehrfach an den verschiedensten Teilen der Hornhaut entwickelt haben. Diese Infiltrate treten übrigens nicht selten auch dann im Verlaufe von Ekzemen auf, wenn randständige Hornhautphlyktänen oder Bindehautphlyktänen ganz fehlen. Von der individuellen Anlage, noch mehr vielleicht von der infolge von Vorurteil und mangelhafter Bildung bedingten Vernachlässigung des Ekzems hängt es ab, ob die Hornhautinfiltrate in der Zeit, in welcher die Kranken zur Behandlung gelangen, bereits zu weitergehenden Zerstörungen geführt haben. Durchbruch der aus den Infiltraten entstandenen Geschwüre, Irisvorfälle, Zerstörung eines grofsen Teils der Hornhaut und infolge hiervon unheilbare Erblindung habe ich im Verlaufe der ekzematösen Keratitis beobachtet, in einem Falle sogar doppelseitige Erblindung.

Von der augenärztlichen Behandlung dieser Affekte will ich hier nicht reden, sondern nur die Mittel besprechen, durch welche es mir in verhältnismäfsig kurzer Zeit gelingt, die das Augenleiden verursachenden und steigernden Ekzeme des Gesichtes und des behaarten Kopfes zu beseitigen. Das hauptsächlichste Mittel sind Bepinselungen mit dreiprozentiger Höllensteinlösung. Die etwa vorhandenen Ekzemkrusten werden vorher möglichst abgeweicht, an den erkrankten Stellen die Haare ganz kurz abgeschnitten, und nunmehr wird mit Hilfe eines etwa 5 mm dicken Tuschpinsels über alle ekzematösen Stellen die Höllensteinlösung schnell aufgepinselt. Die Patienten müssen beim Bepinseln der Lider natürlich die Augen schliefsen. Gelangt dennoch ein Bruchteil eines Tropfens der Lösung in den Bindehautsack, so ist das ohne Nachteil.

Unmittelbar nach dem ersten Überstreichen wird mit einem leinenen Lappen abgetrocknet und dabei etwa noch vorhandene Borken (unter Umständen mittels Schere und Myrtenblatt) entfernt und der Grund der Bläschen und Pusteln frei gelegt. Dann wird wieder gepinselt, wieder abgetrocknet und dies etwa vier bis fünf mal wiederholt. Dabei zeichnen sich sehr bald die sämtlichen Ekzemstellen sehr deutlich dadurch ab, dafs Chlorsilber auf denselben sich weifs niederschlägt. Da, wo ein solcher Niederschlag nicht entsteht, kann man sicher sein, dafs kein Ekzem mehr vorhanden ist, und dafs es sich nur noch um trockene Schuppen und Borken auf abgeheilten Stellen handelt.

Das beschriebene Verfahren wende ich anfangs täglich an, später einen Tag um den andern. Mitunter wird an Kindern die Ausführung desselben dadurch sehr erschwert, dafs dieselben aus Furcht vor dem in den ersten Tagen etwas schmerzhaften Verfahren lebhaft schreien und hierdurch reichliche Blutungen veranlassen. Infolge der bei dem anhaltenden Schreien eintretenden venösen Stauung kommt es hier zu kapillaren Blutungen aus den Ekzemflächen, die vor dem Beginn der Bepinselung so ausgiebig werden können, dafs der Höllenstein zum Teil neutralisiert und unwirksam gemacht wird. Übrigens pflegt bei Erwachsenen, wo man das besser beurteilen kann, die Schmerzhaftigkeit schnell nachzulassen und schon nach der dritten, spätestens vierten Pinselung ganz zu verschwinden. Auch bei Kindern hören die bisweilen schrecklich aussehenden Blutungen bald auf. Der Umfang der ekzematösen Stellen verkleinert sich zusehends von Tag zu Tag, und die etwa vorhanden gewesenen Hautgeschwüre heilen, ohne dafs irgend welche inneren Mittel zur Anwendung gelangten. Unterstützen und beschleunigen läfst sich der günstige Verlauf noch dadurch, dafs man auf die kranken Stellen nach der Bepinselung eine Salbe aus 10,0 Vaselinum Americanum[1] 1,5 Oleum Cadinum, 2,0 Flores Zinci dick aufstreicht. Besonders notwendig ist der Gebrauch dieser Salbe, wenn das Ekzem zwischen Ohrmuschel und Schläfe seinen Sitz hat. Die Salbe erschwert die Bildung neuer Schorfe, unter denen die Ekzemflüssigkeit stagnieren und durch Zersetzung die Haut reizen und die Erkrankung steigern könnte. Auch scheint sie das Durchsickern dieser Flüssigkeit durch die Oberfläche der Haut zu vermindern. Auf die Augenlider darf die Salbe nicht aufgestrichen werden, weil sie sehr leicht auf die Bindehaut übergewischt werden und hier stark reizen würde. Dagegen kann man auf die Augenlider mit Nutzen etwas Unguentum Hydrarg. praecip. albi aufstreichen lassen.

---

[1] Ohne den Zusatz „Americanum" dispensiert der Apotheker das Unguentum Paraffini, das leider in der Pharmakopöe das Synonymon „Vaselin" bekommen hat.

Eine theoretische, nicht auf Experimente gegründete Erklärung der Wirksamkeit eines bestimmten Heilverfahrens hat immer etwas Mifsliches. Indessen dürfte es doch im Interesse der Sache liegen, die Theorie der Wirkung der Höllensteinpinselungen zu erörtern. Ich selbst meine, durch diese Theorie eine nützliche Anleitung für die praktische Ausführung des Verfahrens in den einzelnen Fällen gewonnen zu haben.

Anatomisch ist nachgewiesen, dafs Cutis und Oberhaut beim Ekzem von einem vermehrten Saftstrom durchzogen sind. Nach dem Abtrocknen einer nässenden Stelle sehen wir aus der scheinbar unverletzten Oberhautfläche an vielen Punkten kleinste Flüssigkeitstropfen hervordringen und allmählich durch Zusammenfliefsen die ganze Stelle wieder befeuchten. Ich glaube hiernach berechtigt zu sein, anzunehmen, dafs zwischen den im Ekzem stark veränderten und zum Teil verlängerten Zellen des Rete Malp. der Saftstrom sich nach der Oberfläche bewegt und hier durch Lücken zwischen den Epidermiszellen auf die freie Fläche gelangt. Durch die Einwirkung der Höllensteinlösung und der Ekzemflüssigkeit aufeinander kommt es zu Niederschlägen von Chorsilber und zur Gerinnung von Eiweifskörpern. Die zu lösende Aufgabe besteht nun darin, die Gerinnung und Fällung innerhalb der krankhaften Lücken der Oberhaut zu stande kommen zu lassen, weil so eine Verstopfung dieser Lücken bewirkt wird. Es ist also wichtig, die Höllensteinlösung auf die sorgfältig abgetupfte kranke Stelle sofort aufzupinseln. Wartet man, bis die Haut von der Ekzemflüssigkeit wieder überschwemmt ist, so findet die Gerinnung und die Bildung von Chlorsilber aufserhalb der Oberhaut statt. Die Niederschläge werden dann fortgeschwemmt und bleiben nutzlos. Hat man dagegen auf die noch trockene Oberfläche die Höllensteinlösung gebracht, so kann man sich darauf verlassen, dafs mindestens eine gewisse Anzahl der erwähnten Lücken mechanisch geschlossen werden wird. Tupft man nun wieder ab (natürlich darf man nicht wischen), so ist die Absonderung von Ekzemflüssigkeit bereits verlangsamt, weil diese weniger offene Pforten vorfindet. Die zweite Pinselung wirkt daher kräftiger als die erste, und die folgenden noch besser. Der evidente Nutzen der vier mal und öfter rasch nacheinander wiederholten Abtrocknungen und Pinselungen findet so seine Erklärung in rein mechanischen Verhältnissen.

Gerade beim Ekzem erscheint mir die austrocknende Wirkung des Höllensteins sehr wichtig, weil die Ekzemflüssigkeit selbst eine gewisse ansteckende Kraft besitzt. Ein Mikroparasit ist allerdings nicht nachgewiesen. Es ist sogar unwahrscheinlich, dafs die aus den Lücken der Oberhaut hervortretende Ekzemflüssigkeit innerhalb der Oberhaut durch einen Spaltpilz infiziert ist. Trotzdem ist es mir nicht zweifelhaft, dafs die Ekzemflüssigkeit in viel höherem

Grade, als gewöhnliches Wasser, bei andauernder Benetzung gesunder Hautstellen die Entwickelung des Ekzems auf diesen begünstigt. Um so mehr halte ich es für geboten, die Absonderung der Ekzemflüssigkeit möglichst zu beschränken, weil nur so die weitere Ausbreitung der Krankheit gehindert werden kann.

Das beschriebene Verfahren für neu auszugeben, bin ich weit entfernt. Ich habe den grofsen Nutzen des Aufpinselns einer zweiprozentigen Höllensteinlösung bei Ekzem der Lidränder in der Klinik des Professor HORNER in Zürich kennen gelernt und habe das dort Gelernte nur eben in weiterer Ausdehnung angewendet. Da das Verfahren sehr nützlich und zugleich nicht so allgemein bekannt ist, wie es verdient (ISIDOR NEUMANN z. B. verwirft in seinem bekannten Handbuche kurzweg den Höllenstein für die Ekzembehandlung), so hoffe ich, dafs die vorstehende Abhandlung einzelnen Kollegen einen willkommenen Anhaltspunkt für die Behandlung einer überaus häufigen und nicht blofs für das Auge, sondern auch nach andern Richtungen hin sehr wichtigen Krankheit bieten wird.

Ich will noch bemerken, dafs stärkere Höllensteinlösungen, als die von mir angewendeten, selbstverständlich ebenfalls einen guten Erfolg geben. Dagegen empfehle ich nicht, die Zusammensetzung der Salbe wesentlich abzuändern.

Eine Familienepidemie von Pemphigus idiopathicus.

Von

Dr. PULVERMACHER.

Aus Dr. LASSARS Klinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Am 18. Dezember vergangenen Jahres wurde uns die 14 Tage vorher geborene MARTHA ZAHN wegen einer ausgebreiteten Hauterkrankung zugeführt. Der Vater, ein hiesiger Kutscher, war einige Wochen zuvor in der Klinik an einem eigentümlichen aus ursprünglichen Herpes-Eruptionen hervorgegangenen Ausschlag, der zuletzt in ein allgemeines squamöses Ekzem übergegangen und angeblich durch Ansteckung von einem Pferde acquiriert war — woran das Pferd gelitten hatte, war nicht zu eruieren — mit Erfolg behandelt worden und uns ebenso wie die Mutter z. Z. als völlig gesund bekannt. Speziell konnte Lues mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Bei dem kräftig entwickelten sonst ganz gesunden Kind waren über dem gröfsten Teile der Körperoberfläche — Handteller und Fufssohlen blieben frei — die obersten Epidermisschichten entfernt, so dafs das rot durchscheinende Corium zu sehen war; nur an einigen wenigen Stellen noch bemerkte man 3—5 Markstück grofse, schlappe,

mit einem trüben Inhalt erfüllte Blasen. Die Diagnose wurde daher auf Pemphigus idiopathicus neonatorum gestellt. Bei der mikroskopischen Untersuchung des Blaseninhalts fanden wir aufser vielen andern Mikroorganismen innerhalb der Eiterkörperchen Mikrokokken, die eine in die Augen springende Ähnlichkeit mit den NEISSERschen Gonokokken hatten, nur dafs die typische Anordnung, die bei diesen so charakteristisch ist, fehlte. Eine Untersuchung des Vaginalsekrets der Mutter auf Gonokokken ergab ein negatives Resultat, ebensowenig liefs sich bei dem Vater des Kindes eine Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut nachweisen. Das Kind wurde mit der LASSARschen Salicyl-Zink-Amylum-Vaselin-Paste behandelt und genas innerhalb 8 Tagen. Jetzt brachten uns die Eltern das ältere 4jährige Töchterchen in die Poliklinik, das ebenfalls vor wenigen Tagen einen Blasenausschlag bekommen hatte. Die Blasen waren bedeutend kleiner und viel geringer an Zahl als bei dem Neugeborenen, durchschnittlich erbsengrofs, prall gespannt mit trübem Inhalt. Sie fanden sich vereinzelt stehend, etwa 15 Stück, auf dem Gesicht und den Extremitäten verteilt, während der Rumpf frei geblieben war. Das Kind war fieberfrei und fühlte sich ganz wohl. Die mikroskopische Untersuchung des Blaseninhalts ergab genau dieselben Mikrokokken innerhalb der Leukocyten wie bei dem ersten Kinde. Zugleich teilte uns die Mutter mit, dafs sie zu gleicher Zeit mit dem älteren Kinde einige wenige ganz ähnliche Blasen an den Fingern und den Unterarmen bekommen hätte, die, als wir sie sahen, bereits eingetroknet waren, so dafs eine Untersuchung der in den Blasen enthaltenen Flüssigkeit leider nicht mehr möglich war.

Wir teilen diese immerhin seltene Beobachtung mit, ohne daran irgend welche Hypothesen über eine Ansteckung oder eine etwaige gemeinsame Schädlichkeit, die eingewirkt haben könnte, anzuknüpfen, als einen anspruchslosen Beitrag zur Naturgeschichte des Pemphigus idiopathicus.

Über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Unnaschen Salben- und Pflastermullen.

Mitgetheilt von

Professor Dr, V. JANOWSKY,

klinischem Vorstande an der dermatologischen Klinik der böhmischen medizinischen Fakultät und Primar-Arzte des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Prag.

(Fortsetzung.[1])

Salicyl-Pflaster-Mull.

Von Salicylpflastermullen stehen zwei Mulle an unsrer Klinik im Gebrauche: ein 10%- und ein 20%iger. Wie bekannt,

[1] S. *Monatshefte.* 1884. S. 269 u. 321.

erfreut sich die Salicylsäure schon seit geraumer Zeit einer ausgedehnten Anwendung, namentlich zu chirurgischen Zwecken. Was speziell die dermatotherapeutische Anwendung derselben anbelangt, so beschränkte man sich wohl früher darauf, dieselbe in Salbenform bei Ekzemen, namentlich der Kinder, anzuwenden, wie dies z. B. HÜTTENBRENNER empfahl, oder man verwendete dieselbe zu Streupulvern, welche zersetzungswidrig einwirken sollten. Zu diesem Zwecke wird die Salicylsäure jetzt noch als Zusatz zu Pudern bei Bromhydrosis pedum verwendet. Die ausgedehnte Anwendung, welche wir jedoch seit neuerer Zeit von der Salicylsäure machen, ist erst jüngeren Datums, und zwar war es UNNA, welcher in dieser Zeitschrift, Band I. No. 4 auf eine eigentümliche Wirkung dieses Mittels auf die Epidermis aufmerksam machte. UNNA sagt a. a. O.: „Die Salicylsäure ist unter anderm ein sicheres Mittel, um die normale oder pathologisch verdikte Hornschichte in beliebiger Ausdehnung als eine fest zusammenhängende, nicht abblätternde, weifslich verfärbte Membran schmerzlos abzuheben. — Die Abhebung findet stets innerhalb der Hornschichte statt und zwar in um so gröfserer Tiefe, je stärker die Konzentration des salicylhaltigen Mittels und je dicker die Hornschichte war. Niemals habe ich eine nässende Oberfläche nach der Entfernung konstatiert, wohl aber eine mit so dünner Hornschichte bekleidete, dafs sich die spiegelnde Fläche tief rot und bei Berührung sehr empfindlich erwies. Ein reduzierender Einfluſs auf den Gesamtpapillarkörper ist dabei fraglos."

UNNA empfahl schon damals nebst dem Salicyl-Kollodium den Salicyl-Guttaperchapflastermull. Gleich Günstiges weifs über diese Mittel THIN zu berichten (*Lancet.* 1. Dezember 1883. — *Monatshefte.* Bd. II. S. 123). THIN wandte den Salicylmull bei einem Keratoma plantare hereditarium an und zwar mit dem besten Erfolge. Der Verband wurde jeden 3. und 4. Tag gewechselt und eine dicke Hornschwarte stiefs sich ab. — Ebenso gute Resultate ergaben sich bei einer Hyperkeratose der Fufssohle und bei einer Keratose an der Palmarfläche des rechten Zeigefingers, sowie schliefslich bei einer Hyperkeratose beider Fersen, welche Fälle THIN als dem Ekzem verwandte Epidermoidalerkrankungen hinstellte.

Unsre Erfahrungen mit dem Salicylpflastermulle bestätigen die Resultate, welche UNNA und THIN erzielten, nur möchten wir den Kreis der Intikationen für die Applikation dieses Mulles noch erweitern und namentlich auf diejenigen günstigen Erfolge hinweisen, welche wir bei Lupus mit der Applikation dieses Mittels erzielten. Wenn wir auch anfangs noch hie und da das Salicylkollodium im Verhältnisse von 1 : 15 anwandten, so verliefsen wir bald nach Einführung der Guttaperchamulle diese Methode, um uns ausschliefslich der letzteren zu bedienen. Es geschah dies besonders mit Rücksicht auf die bequeme Fixierung und den kontinuierlichen Kontakt,

welcher mit den Mullen erzielt werden konnte, während dem das Salicylkollodium oft sich abblätterte. häufig aufgestrichen werden mufste und manchmal eine reizende Nebenwirkung entfaltete, welche sich über die erkrankte Stelle hinaus erstreckte. Wir zogen sämtliche Parakeratosen im Sinne von AUSPITZ in den Bereich unsrer Behandlung, in erster Reihe diffuse Keratome, wie sie sich manchmal im Gefolge von chronischen Ekzemen entwickeln, dann chronische Ekzeme selbst, syphilitische Keratosen der Hohlhand und der Fufssohle und luetisch papulöse Affektionen. Stets konnten wir nach Applikation des 10 %- oder 20 %igen Mulls, welcher je nach der Stärke der betreffenden Affektion appliziert wurde, ein Abstofsen der Hornschichte binnen 2—3 Tagen bemerken, zugleich oft ein rapides Zurückgehen der diffusen Infiltrate beobachten, welche nicht blofs durch die Entfernung der Hornschichte zu erklären war, sondern auch auf einen gewissen Einflufs dieses Mittels auf die Papillarschichte hinzuweisen scheint. Besonders mufs ich jedoch des günstigen Erfolges erwähnen, welchen wir in der letzten Zeit bei lupösen Affektionen mildern Grades mit der Applikation von 20 %igen Salicylpflastermull erzielten. Wir verbanden mit der Applikation dieses Mittels nach Macerierung der oberflächlichen Schichten eine leichte Raklage der macerierten Teile und erzielten so binnen kurzer Zeit eine glatte geschmeidige Narbe an Stelle der frühern Infiltration. Dieses Verfahren eignet sich besonders für jene Kategorie milderer lupöser Formen, wo nebst den charakteristischen lupösen Infiltrationen und oberflächlichen Exulcerationen noch jene reaktive chronische Verdickung der umgebenden Hauptpartien sich entwickelt, welcher wir so häufig besonders bei einem sich in die Fläche weit ausbreitenden Lupus begegnen und welche namentlich an den untern Extremitäten zu elephantiatischer Verdickung und denjenigen Formen führen, welche als Lupus sclereux von verschiedenen Autoren beschrieben wurden.

Hierbei kann ich nicht umhin, noch eine Bemerkung zu machen. Schrieb man früher seit HEBRAS Zeiten der lokalen Einwirkung des Arsens eine gewissermafsen elektive Wirkung gegenüber den lupösen Neubildungen zu, so können wir auf Grundlage unsrer Erfahrungen dasselbe von der Salicylsäure behaupten, indem in denjenigen Fällen, welche uns als die Basis unsrer Beobachtungen dienten, gerade die lupösen Knötchen und die zwischen ihnen liegenden reaktiv geschwellten Stellen es waren, an denen sich die Wirkung des Salicyls in eminenter Weise zeigte, während dazwischen liegende, normalere Hautpartien von dem Mittel nur wenig angegriffen wurden.

Bezüglich der auf syphilitischer Basis sich entwickelnden Keratosen mufs man wohl unbedingt der Salicylpflasterbehandlung den Vorzug einer raschen Entfernung dieser pathologischen Produkte

zusprechen. Gerade jene so lange andauernden Formen, welche man früher als die Folgen einer sogenannten Psoriasis specifica ansah und welche mit einer oft enormen Verdickung der Hornschichte, tiefen Rhagaden an den Fufssohlen und Handflächen vergesellschaftet waren, schwinden unter der Salicylbehandlung in einem Zeitraume, welchen frühere Behandlungsmethoden nicht annähernd erreichen konnten.

Was die Behandlung chronischer Ekzeme anbelangt, so erwies sich auch hier die Salicylbehandlung als ein ausgezeichnetes Mittel. Hohe Grade von lang andauerndem Ekzema squammosum, lang andauernde hyperplastische Verdickungen der Haut, welche durch diese Form gesetzt wurden, schwinden unter der Applikation von Salicyl oft binnen kurzer Zeit. Freilich gelangt man hier nicht stets mit dem reinen Salicylpflastermull zum Ziele, sondern häufig mit einer Modifikation desselben, welche von PICK in die Dermatotherapie eingeführt wurde, nämlich dem Salicylsaponate. Das Salicylsaponat (Emplastrum saponatum der österreichischen Pharmakopöe) wird verschieden prozentig bereitet; gewöhnlich genügt das Verhältnis 1 : 10, mit welchem in der Art eines BAYNTONschen Verbandes die betreffenden Stellen eingewickelt werden. Ein solcher Verband bleibt mehre Tage liegen und verbindet gewissermafsen die Vorteile einer mäfsigen Kompression mit den Vorteilen des Salicyls.

In letzter Zeit habe ich mir von BEIERSDORF Salicylsaponatpflastermull verfertigen lassen, welcher vor dem gewöhnlichen Salicylsaponatpflaster den Vorzug einer gröfseren Klebekraft besitzt und allen Indikationen in bester Weise genügt.

Bei einzelnen Formen des chronischen Ekzems, besonders beim chronischen Ekzem der Finger und der Hände, wird man jedoch oft zum reinen Salicylpflastermull greifen müssen, um dann erst hieran anschliefsend zur Applikation des Salicylsaponats überzugehen.

Zum Schlusse will ich noch erwähnen, dafs eine Kombination des Empl. saponatum mit Empl. cinereum mit einer Zugabe von Salicyl bei syphilitischen Affektionen der Handfläche und der Fufssohle mir ebenfalls sehr gute Dienste geleistet hat. Die Vorschrift ist:

℞ *Acid. salicyl.* 1,0
Empl. sapon.
Empl. hydrarg ää 5,0

welche Pflastermasse gewifs sehr leicht in die Form eines Guttaperchamulles umgearbeitet werden kann.

Was den Chrysarobinpflastermull anbelangt, so wurde derselbe in einer Reihe von inveterierten Psoriasisformen mit bestem Erfolge angewandt. Es wäre wohl überflüssig über die günstige Wirkung dieses in der Dermatologie-Therapie mit Recht so ver-

breiteten Arzneimittels sich hier des weiteren zu verbreiten, denn die geradezu brillanten Erfolge, an welche der Teer bei weitem nicht heranreicht, sind allseits bekannt. Es kann sich nur um die Applikationsweisen handeln. Was die Salbenformen anbelangt, so sind dieselben jetzt wohl allgemein verlassen. Die unangenehmen Erfahrungen, welche man in früherer Zeit mit der Anwendung des Chrysarobins machte, sind wohl hauptsächlich der Applikation als Salbe zuzuschreiben, und es muſs das Prinzip der in dünnen Schichten haftenden Applikation als das entschieden beste angenommen werden. In dieser Beziehung haben wir drei Anwendungsmethoden zur Auswahl und zwar die Anwendung des Chrysarobins in Traumaticin suspendiert, nach der Angabe von Auspitz, die Applikation der Chrysarobingelatine nach Pick und den Guttaperchamull nach Unna.

Was die an meiner Klinik und in der ambulanten Praxis gesammelten Erfahrungen anbelangt, so ist wohl die entschieden beste Methode die Traumaticinbehandlung nach Auspitz (*Wiener med. Wochenschr.* No. 30, 31, 49. 1883), indem sie den durch Auspitz aufgestellten Indikationen (die atmosphärische Luft abzuschlieſsen, die sekundären Krankheitsprodukte zu entfernen, die Sekretion der flüssigen Krankheitsprodukte einzuschränken und die direkte Einwirkung von Arzneistoffen auf die kranken Stellen in genau kontrollierter Stärke und ohne Mitbeteiligung der gesunden Umgebung zu erzielen) — am besten Genüge leistet. Wir gebrauchen eine Suspension von Chrysarobin 1 und Traumaticin 10; dieselbe bildet eine dünne Schichte und trocknet sofort ein. Eine Reizung der Haut infolge des Traumaticins haben wir bei Psoriasis — und von dieser ist hier speziell die Rede — nicht gesehen, selbst dann nicht, wenn wir durch Kalipräparate mächtige Schuppenbildungen vorher entfernten. Auch für die ambulant behandelten Kranken hat sich das Traumaticin sehr gut bewährt, indem es durch die Kleider nicht abgestreift wurde und daher auch nicht erst einer besondern Fixierung oder der Trikotage bedurfte. Wir können nicht umhin, zu dieser Behandlungsweise namentlich mit Rücksicht auf die Gelatine einige Worte hinzuzufügen. Den zahlreichen Erfahrungen nach, welche wir mit der Gelatinebehandlung auf unsrer Abteilung machten, läſst sich nicht leugnen, daſs dieselbe eine wesentliche Bereicherung der Dermatotherapie bilden; jedoch eignet sich dieselbe unsrer Ansicht nach hauptsächlich nur für solche Kranke, die im Bette liegen oder für die Spitalsbehandlung und steht für ambulant zu behandelnde Kranke gegen die Behandlung mit Traumaticin und mit Guttaperchamull zurück, denn es läſst sich nicht leugnen, daſs die Gelatine spröde wird, selbst wenn dieselbe nachträglich mit Glycerin bepinselt wurde, da sich dieselbe dann leicht ablöst, und dann die Manipulation damit eine weniger bequeme ist. Was die Ausübung des Druckes anbelangt, so glauben wir, daſs in dieser

Beziehung die Gelatine und das Traumaticin gleichwertig ist, können aber nicht umhin, es noch einmal mit AUSPITZ zu betonen, dafs Reizungserscheinungen in den weit in die Hunderte gehenden Einpinselungen mit Traumaticin, die wir beobachteten, niemals auftraten.

Was nun die Anwendung des Chrysarobinmulls anbelangt, so müssen wir dieselbe in ihren Resultaten über die Gelatine stellen, ja ihnen in gewissen Fällen auch den Vorzug vor Traumaticinsuspension einräumen. Es läfst sich nämlich gewifs nicht leugnen, dafs es nicht gut tunlich ist, das Chrysarobintraumaticin dem Kranken in die Hand zu geben; eine gewisse ärztliche Kontrolle ist dazu stets notwendig. Bei denjenigen ambulant zu behandelnden Kranken, welche der Arzt nicht häufig zu sehen Gelegeheit hat, ziehen wir es daher stets vor, den Chrysarobin-Guttaperchamull anzuwenden, nachdem der Erfolg bei demselben zwar nicht so rasch wie nach der Traumaticineinpinselung, jedoch ebenso sicher, wenn auch nach längerer Zeit eintritt. Reizungserscheinungen nach Applikation dieser Mulle haben wir nie beobachtet. Ja, das Umschriebene der Wirkung tritt bei derselben noch prägnanter hervor, das Moment einer gleichzeitigen Maceration durch die Guttaperchadecke trat ebenfalls in die Erscheinung, so dafs wir auch diese Mulle der weiteren Anwendung und weiteren Versuchen empfehlen können.

Der Pyrogallussäurepflastermull wurde in einer beschränkten Anzahl von Fällen in meiner Privatklientel in Anwendung gezogen, namentlich da, wo es sich um ausgebreitete lupöse Infiltrationen handelte, welche einer mechanischen Behandlung nicht zugänglich waren. Die günstigen Erfolge der Pyrogallussäure, zu deren Suspension wir uns in manchen Fällen, namentlich bei Lupus an den Extremitäten, des Traumaticin bedienten, sind auch anderweitig schon registiert worden und wir können uns nur den von SCHWIMMER in seiner bekannten Arbeit niedergelegten Ansichten anschliefsen.

Der Quecksilberpflastermull kommt bereits seit geraumer Zeit auf der Abteilung statt des grauen Pflasters in Verwendung. Hierzu bestimmte uns die weichere Konsistenz, die Schmiegsamkeit und die ausgezeichnete Klebekraft dieser Mulle, welche gegenüber dem gewöhlichen grauen Pflaster unsrer Pharmakopöe zu gunsten der Quecksilberpflastermulle in die Wagschale fällt.

Dafs bei Applikation dieser Mulle auch eine Resorption des Quecksilbers und so eine Unterstützung der allgemeinen Behandlung stattfindet, beweisen die Befunde NEGAS (*Vergleichende Untersuchungen über die Resorption und Wirkung verschiedener zur cutanen Behandlung verwandter Quecksilberpräparate.* Strafsburg 1884. S. 81 etc.), wo in 46 Harnanalysen 42 positive und nur 4 negative Resultate erzielt wurden, ja, wo sogar im Falle 5 und 6 NEGAS deutliche Erscheinungen des Merkurialismus ein-

traten. Besonders mufs darauf hingewiesen werden, dafs eine stark ausgebreitete papulöse Affektion, wie sie als sog. breite Kondylome in der Zirkumanalgegend sowie an den Genitalien vorkommen, nach Applikation des Queksilberpflastermulles viel rascher schwanden als nach andern früher angewandten Exegesen.

Zu demselben Zwecke wurde auch manchmal ein Mull verwendet, welcher Quecksilber und arsenige Säure enthält. Unna, *Berliner klinische Wochenschrift.* 1880. No. 70 und 71 wies bereits in einem Aufsatze über die Verwendung medikamentöser Sprays bei Hautkrankheiten darauf hin, dafs eine Verbindung von Arsen und Sublimat als Spray angewandt bei kondylomatösen Affektionen sehr gute Dienste leistet. Wir bedienten uns durch längere Zeit dieses Sprays als lokalen Mittels bei benannten Affektionen. Indessen müssen wir bemerken, dafs die Toleranz einzelner Individuen gegenüber diesem Spray eine verschiedene ist, dafs wir zu wiederholten Malen selbst bei genügendem Schutze Reizungen der Mastdarmschleimhaut sowie auch der Umgebung der kondylomatösen Stellen eintreten sahen nnd daher Abstand davon nahmen. Die Applikation des Quecksilberarsenigsäuremulls vermeidet freilich Inkonvenienzen, indem sich die Wirkung dieses Mulles nur auf die betreffende Stelle erstreckt, daher zirkumskript ist. Indessen ist die Reizung auch hier manchmal eine bedeutende, so dafs es sich empfehlen würde, diesen Mull blofs durch kurze Zeit bei mächtig wuchernden Kondylonen anzuwenden und hierauf zur Applikation des Quecksilberpflastermulles überzugehen.

(Schlufs folgt.)

Von der Ausstellung zu Kopenhagen.

Untersuchungsstuhl und Albokarbonlampe zu endoskopischen Zwecken.

Von

P. G. Unna.

Als ich vor 5 Jahren begann, regelmäfsig zu endoskopieren, stellten sich mir alsbald zwei besondere Desiderate entgegen. Reflektor und gewöhnliche Untersuchungslampe erzeugen für ophthalmoskopische, laryngoskopische und rhinoskopische Zwecke einen Lichtkegel von hinreichender Helligkeit und Breite, da die Zugänge zu den beleuchteten Flächen relativ geräumig sind und diese selbst ihren Ort nicht verändern. Ganz andre Verhältnisse bietet die

Endoskopie dar. Der Zugang zu den Sehfeldern im hinteren Teil der Harnröhre ist ein äufserst beschränkter, so dafs nur ein sehr schmales Lichtbündel bis zu denselben gelangt. Um eine relativ ebenso helle Beleuchtung dieser Stellen zu bewirken, mufs die Intensität des schmalen Strahlenbündels natürlich soviel wie möglich verstärkt werden. Weiter ist es ja bekannt, dafs die verschiedenen Punkte der Harnröhre mittels des Endoskops in successiv verschiedenen Ebenen aufgesucht werden müssen und dafs diese Manipulation wegen der röhrenförmigen Gestalt des endoskopischen Spiegels zu bedeutenden Achsenverschiebungen des letzteren und infolge deren zu noch viel bedeutenderen Ortsveränderungen des Auges und Reflektors des Beobachters führt. Will der Arzt von seiner feststehenden Untersuchungslampe her immer dasselbe mittlere und daher hellste Strahlenbündel in das Endoskop werfen, so hat er beim Senken des Auges für die Besichtigung der hinteren Partien der Harnröhre an seinem Reflektor eine entsprechende Drehung in dessen Kugelgelenk vorzunehmen. Diese kompensatorischen Verschiebungen des Reflektors werden um so lästiger und störender, je sorgfältiger man, Schritt für Schritt anhaltend, die Harnröhre abmustert.

Nun ist es ja aber klar, dafs wir ganz dasselbe, wie durch eine Drehung des Reflektors, auch erreichen können durch eine entsprechende Ortsveränderung der Lichtquelle einerseits oder des zu beleuchtenden Objektes anderseits. Da jede Verschiebung eines Beleuchtungsapparates ihr Mifsliches hat, so beschränkte ich mich lediglich darauf, eine Vorrichtung anzubringen, um das Objekt, die Harnröhre, stets in derselben relativen Lage zum Reflektor und der Lampe zu erhalten, d. h. mit andern Worten, ich liefs den Sitz des Patienten beweglich machen und zwar um eine durch dessen Sitzhöcker gedachte Linie als Drehachse. Wird das Endoskop in seiner Lage festgehalten und der Patient um diese Achse nach rückwärts gedreht, so kann das Endoskop nach innen weiter vordringen ebenso gut, als ob man den Tubus bei feststehender Harnröhre senken würde. Wir haben aber den Vorteil, dafs wir das Auge und das Zentrum des Lichtkegels in ersterem Falle unverrückt festhalten können.

Nach diesem Prinzip ist der nachstehend abgebildete Untersuchungsstuhl bereits vor 4 Jahren auf meine Veranlassung von Herrn C. D. C. Brühs, Steinstrafse, Hamburg, konstruiert worden. Derselbe besitzt ein schmiedeeisernes, einfaches Gestell, dessen hintere Füfse weit ausgreifen, um ein Überschlagen bei den Achsendrehungen des Sitzes zu verhüten. Der letztere (*b*) besteht aus einem schmiedeeisernen Rahmen, der ein elastisches Spiralfedergeflecht trägt, und ist, soweit der eigentliche Sitzteil reicht, mit Ledertuch gepolstert. Lehne und Sitz bilden an demselben einen festen, stumpfen Winkel. Der Sitz

läuft nach vorne in zwei Polster aus, welche die Oberschenkel in Spreitzstellung bis zu ihrer Mitte unterstützen, und ist zwischen denselben weit nach hinten ausgeschnitten, um die Genitalien völlig frei zu lassen.

Fig. 6.
Untersuchungsstuhl und Albokarbonlampe zu endoskopischen Zwecken nach Dr. P. G. UNNA.
Stuhl mit rückwärts gedrehtem Sitze.

Die Drehung des Sitzes geschieht mittels eines einarmigen Hebels, dessen Hypomochlion sich auf der Verbindungsstange der beiden rechtsseitigen Stuhlbeine befindet. Die Last greift an dem

fixen Punkte *c* desselben an, der dem vorderen Sitzteil angehört; die Kraft an dem hölzernen Griffe *a* und zwar mittels eines sehr langen Hebelarmes, wodurch der Handgriff ebensowohl im Bereiche des Patienten wie des Arztes ist. Um den Mechanismus zu ver-

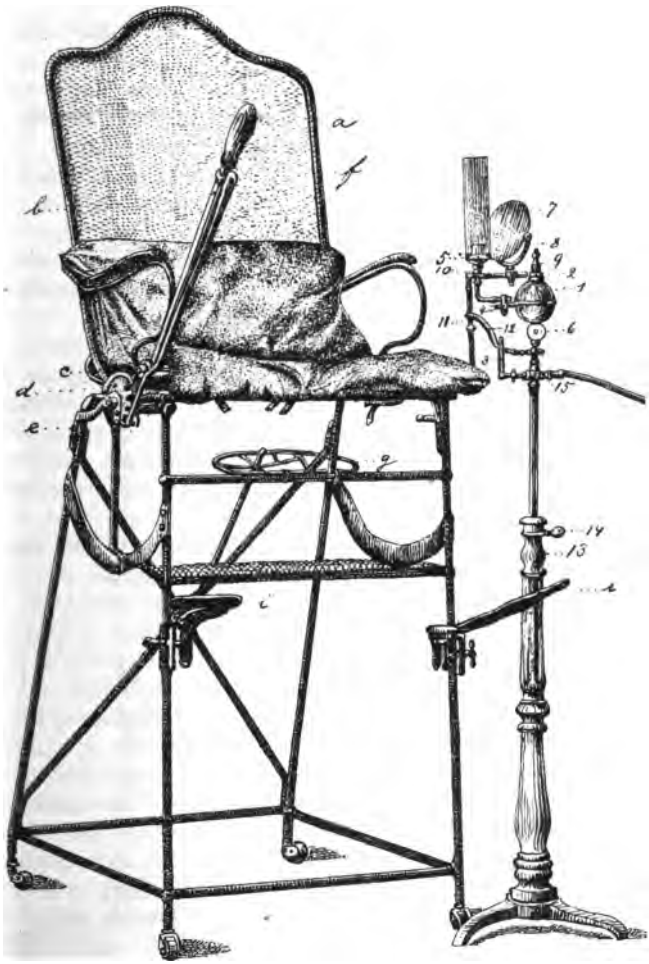


Fig. 7.
Untersuchungsstuhl und Albokarbonlampe zu endoskopischen Zwecken, nach Dr. P. G. UNNA.
Stuhl mit vorwärts gedrehtem Sitze.

einfachen, habe ich bei diesem Stuhle zunächst darauf verzichtet, den Sitz in jeder beliebigen Lage fixieren zu können; derselbe hat bei meinem Stuhle nur 5 fixe Punkte. Die Arretierung an

denselben geschieht durch einen feinen Federhebel (*f*), der am ersten entlang läuft und durch die eingeschobene Feder etwas von demselben absteht. Dieser Arretierungshebel greift mit einem Zapfen in ein Zahnrad (*e*) ein, welches ebenfalls rechts auf dem Gestell vor dem Endpunkte der Drehachse (*d*) des Sitzes angebracht ist. Die am Griffe *a* anfassende Hand des Patienten oder Operateurs drückt zugleich die beiden Hebelenden (*a* und *f*) gegeneinander, löst dadurch den Arretierungszapfen aus der Lücke des Zahnrades und macht damit Hebel und Sitz beweglich. Ist der Sitz nach vorn oder rückwärts in die gewünschte Lage gebracht, so läfst die Hand beide Hebelenden los, das Hebelende *f* schnellt zurück und damit der Arretierungszapfen wieder in die nächste Lücke des Zahnrades ein, wodurch der Sitz sofort unbeweglich stille steht. Als weniger wesentliche Teile sind zu erwähnen, bei *g* ein Drahtnetz zur Aufnahme eines Eiterbeckens, bei *h* ein solches zum Hinlegen von Endoskopen, Wattetampons etc., bei *i*, *i* zwei verschiebbare Fufsstützen.

Ich persönlich ziehe das Endoskopieren im Stehen vor und habe deshalb dem Sitz des Stuhles eine bedeutende Höhe gegeben. Kollegen, welche im Sitzen endoskopieren, müssen die Stuhlbeine entsprechend verkürzen lassen. Da die Abbildung meinen Stuhl in seiner ersten Form wiedergibt, will ich noch kurz einiger Veränderungen erörtern, die sich im Laufe der Zeit als zweckmäfsig erwiesen haben.

Zunächst habe ich längst die Rollen unter den Stuhlfüfsen durch Holzklötze ersetzt, weil der Stuhl anfänglich zu beweglich war. Sodann halte ich jetzt die Fufsstützen für durchaus entbehrlich; auch bei stärkster Vorwärtsbewegung sind die Patienten genügend unterstützt. Fixierte Fufsstützen bei beweglichem Sitze sind jedoch unpraktisch, bewegliche Fufsstützen kompliziert, schwerfällig und unnötig. Ich schlage deshalb vor, die Fufsstütze bei beweglichem Sitze ganz fortzulassen. Ebenso finde ich die Armstützen entbehrlich, falls nur der Rückenlehne eine geringe Aushöhlung erteilt wird; dieselben werden, wenn überhaupt, zweckmäfsig durch zwei Ringe an den Beinstützen ersetzt, in welche der Patient mit beiden Händen eingreift. Man gewinnt dadurch den Vorteil, dafs die Beleuchtungsquelle, ohne Schatten zu werfen, weiter zurück neben den Patienten plaziert werden kann. Durch das Weglassen der Arm-, Fufsstützen und Rollen wird der Stuhl nicht unerheblich billiger. Es steht sodann noch im Belieben eines jeden, den Handgriff *a* durch eine Biegung des Hebels nach unten zu verlegen, um denselben aus dem Bereich des Patienten zu bringen und nur für die linke Hand des Endoskopikers bequem zu machen.

Endlich scheint mir eine wesentliche Verbesserung der Drehbarkeit einfach dadurch herbeigeführt werden zu können, dafs dem

Zahnrade schmälere und entsprechend zahlreichere Zähne und Lücken gegeben werden; um an Festigkeit nichts einzubüfsen, mufs das ganze Zahnrad dann entsprechend dicker gearbeitet werden. Man erhält so mehr, etwa 8 Fixierungspunkte und dadurch für jede endoskopische Untersuchung eine hinreichend feine Abstufung der Achsendrehung.

Erwähnen möchte ich noch, dafs sich mir dieser Untersuchungsstuhl ebenso sehr bei der Exploration der weiblichen Genitalien bewährt hat. Die seltenen Fälle schwierig einzustellender Vaginalportion bedürfen geradezu einer Abwärtsneigung des Speculums, die nirgends leichter auszuführen ist als auf dem beweglichen Sitze. Das Aufsteigen der Patienten auf den hohen Stuhl geschieht mittels eines leichten, dreistufigen Trittes, der dann sofort beiseite geschoben wird.

Sämtliche angegebene sowie andre gewünschte Variationen meines beweglichen Untersuchungsstuhles ist Herr Brühs bereit auszuführen. Für die einfachste Form hat derselbe den Preis auf 90 M. normiert.

Wie oben angegeben, habe ich auch in der Richtung der Lichtverbesserung Versuche gemacht, die zu dem Ziele geführt haben, dafs sich jeder Untersucher, der in seinem Lokal Gasleitung besitzt, mittels der gleich zu besprechenden Lampe eine mehrfache, wenigstens 2—3 fache Helligkeit einer gewöhnlichen Gasflamme erzeugen kann. Auch diese Lampe, welche neben dem Untersuchungsstuhl abgebildet ist, habe ich seit mehreren Jahren in Gebrauch nicht nur zur Endoskopie, sondern zu sämtlichen Beleuchtungszwecken sowohl wie zur Mikroskopie.

Die Lichterzeugung beruht auf dem Prinzip des sog. Albokarbons, d. i. eines von einer bestimmten Gesellschaft in den Handel gebrachten, billigen, festen Kohlenwasserstoffgemisches, welches durch Hitze verdampft, sich dem Leuchtgas beimischt und dessen Leuchtkraft um ein vielfaches erhöht.

Der Hauptteil der Lampe, den man fertig von der genannten Gesellschaft bezieht, ist ein metallenes Gefäfs (1), welches mit Albokarbonstücken durch den abschraubbaren Deckel (2) gefüllt wird. Dieses Gefäfs trägt einen metallenen Fortsatz (4), der durch einen gewöhnlichen Gasbrenner (3) erhitzt wird und dessen Wärme sich dem Gefäfse (1) mitteilt, infolgedessen das Albokarbon verdampft. Die gewöhnliche Einrichtung läfst nun das Albokarbon allmählich zu dieser selben Flamme des Brenners 3 treten, wodurch dieselbe alsbald stark zu leuchten beginnt. Für unsern Zweck einseitiger Strahlenwerfung mufste jedoch die Flamme an einen andren Ort gebracht werden. Bei meiner Lampe gelangt gewöhnliches Leuchtgas durch einen Schlauch und die Verschraubung 15 einerseits zum Brenner 3, anderseits durch den Zweiweghahn 6 in das Gefäfs 1

und durch dieses und den Fortsatz 4 zu dem Cylinderbrenner 5, der die eigentliche Leuchtquelle darstellt. Der Zweiweghahn 6 ist so eingerichtet, dafs er bei einer Endstellung nur Leuchtgas zur Flamme 5 gelangen, bei der Drehung auf die andere Seite jedoch successive immer mehr Albokarbon aufserdem hinzutreten läfst. Man entzündet daher erst die untere Flamme 3 allein und läfst das Gefäfs 1 durchwärmen, was in einigen Minuten geschehen ist, während man die übrigen Vorbereitungen zur Untersuchung trifft; sodann öffnet man den Hahn 6 soweit, dafs ein Maximum von Gas und Albokarbon ausströmen kann und bemerkt nun an der Flamme 5, wie sich dieselbe rasch weifs färbt und zugleich eine intensive Leuchtkraft annimmt. Alsbald wird das Zutreten des Albokarbons so stark, dafs die Flamme an zu rufsen fängt, man dreht dann den Hahn 6 soweit zurück, dafs das Rufsen eben aufhört und die Flamme ihr Helligkeitsmaximum erhält und schraubt die Flamme 3 ganz klein, damit sie nicht die Flamme 6 zum Flackern bringe.

Diese äufserst intensiv leuchtende Flamme hätte man nun zu andern Beleuchtungszwecken in einen Thoncylinder einschliefsen können. Für die Zwecke der Endoskopie habe ich jedoch vorgezogen, um einen möglichst breiten und daher bequemen Lichtkegel zu erhalten, einen dicht hinter der Flamme 5 angebrachten foliierten Glasspiegel (7) zu benutzen. Um ihn nicht immer der starken Hitze auszusetzen, mufs derselbe frei beweglich und in den Zwischenräumen der Untersuchung ebenso rasch entfernbar wie in seine alte Stellung wieder herbeizurücken sein. Zu diesem Ende sind ihm mehrfache Bewegungen gegeben. In einer Gabel (8) dreht er sich um seine horizontale und mit der Gabel um seine vertikale Achse; auf dem horizontalen Arme 10 ist er dicht an die Flamme heranzurücken. Der Arm 10 steckt in einer vertikalen Hülse 11, in der er drehbar und in jeder Höhe durch die Schraube 11 fixierbar ist. Hierdurch kann der Spiegel leicht auf- und niedergeschraubt werden. Die Hülse ist endlich mit dem Stativ durch den Arm 12 verbunden, der auch noch um eine vertikale Achse drehbar ist. Während die erstgenannten Bewegungen nur einmal zur feinern Einstellung des Spiegels in Frage kommen, bringt eine leichte Drehung in dem letztgenannten Gelenke den Spiegel rasch in die und aus der Nähe der Flamme ohne seine sonstige Stellung zu verändern. Diese nicht ganz leichte Lampe nebst Spiegel ist der Sicherheit halber in den festen Fufs eines Kopfhalters der Photographen eingelassen und in demselben durch eine Schraube (14) in jeder beliebigen Stellung zu befestigen.

Auch hier ist besonderen Wünschen der Kollegen durch gewisse Variationen Rechnung zu tragen. Unumgänglich bleibt nur der mittlere Teil mit dem Gefäfse, dem Zweiweghahn und beiden Flammen. Den Spiegel, wenn er auch den bei weitem hellsten und breitesten Lichtkegel gibt, kann man eventuell durch einen billigen

Thoncylinder einigermafsen ersetzen. Statt des auf der Erde ruhenden massiven Fufses werden einige gewifs einen kurzen Fufs, der die Lampe zur Tischlampe macht, vorziehen. Noch andre werden vielleicht die Lampe gleich als Gasarm an der Wand konstruiert wünschen, doch möchte sie dazu etwas zu schwer sein.

Jede der letztgenannten Modifikationen liefert der Verfertiger, Herr AUGUST LINDENBERG, 2te Fehlandstrafse, Hamburg, und zwar die Lampe mit Thoncylinder für ℳ. 37, mit beweglichem Reflektor für ℳ. 60.—.

Referate.

Aus dem Jahresberichte der dermatologisch-venerischen Abteilung des Kommunehospitals (Oberarzt Dr. HASLUND) wird entnommen, dafs im Jahre 1883 3617 Kranke behandelt wurden, davon 1073 für Hautkrankheiten und 2329 für venerische Leiden. Mit Scabies wurden 607 Individuen aufgenommen, vorwiegend während der kalten Jahreszeit. Die Behandlung war durchgehend die KAPOSIsche Naphtolbehandlung, wobei nur bei einem Kranken leichtere Vergiftungssymptome wahrgenommen wurden. In 216 Fällen von Epididymitis gonorrhoica wurden Temperaturmessungen vorgenommen, und immer wurde während der ersten Tage recht bedeutendes Fieber mit Temperaturen um oder über 40 ° konstatiert.

75 Männer mit suppurierenden Bubonen zeigten durchschnittlich eine Behandlungsdauer von 34 Tagen, welche sehr bedeutende Abkürzung des Verlaufes dadurch erzielt wurde, dafs die Adenitiden sehr frühzeitig geöffnet und ausgelöffelt wurden, mit nachfolgendem Jodoform-Okklusionsverband.

Auch die Dauer der Behandlung gegen Syphilis zeigte sich wesentlich herabgesetzt, nachdem eine Injektionskur mit Hydrarg. formamid. (LIEBREICH) die früher angewandte Inunktionskur abgelöst hatte. Die Kur hatte gar keine Unannehmlichkeiten wie Abscesse oder dergl. zur Folge und ist auch durch ihre Billigkeit zu empfehlen.

Kopenhagen. E. PONTOPPIDAN.

G. SMIRNOFF. *Subkutane Kalomelinjektionen gegen Syphilis.* Helsingfors 1883.

Verfasser hat in 97 Fällen SCARENZIOS Kalomelinjektionen versucht und ist mit den Resultaten sehr zufrieden; um die beinahe konstant auftretenden Abscesse zu meiden, hat er das Verfahren in soweit modifiziert, dafs er zehn Zentigramm in zehn Teilen Glycerin aufgeschlemmt in jede Hinterbacke injiziert. Dadurch enstanden bei Männern nur 4% Abscesse, bei Weibern aber (besonders bei Fettleibigen) 35 %. Für diese reduzierte er die Dosis bis 5 cg in jede Hinterbacke und sah nur Abcesse bei 10%. Seine mehr als 400 Injektionen haben keine bösen Zufälle, nie Senkungen oder Gangrän zur Folge gehabt.

Merkurialismus entstand bei 50 ambulatorisch behandelten Kranken nur dreimal und zwar leichten Grades, im Hospital etwas häufiger und schwerer, besonders wenn die Injektionen nach 3—4 Wochen wiederholt wurden.

Bei den ambulanten Kranken traten dagegen die Abscesse häufiger auf, als bei denen, welche das Bett hüteten.

Im Abscefseiter wurden bedeutende Mengen von Quecksilber nach gewiesen.

Die therapeutischen Wirkungen lobt Verf. als sehr prägnante. In 59 Fällen mit sekund. Erscheinungen war die Zeit bis zur Genesung im mittel 41 Tage. Wenn nur eine Injektion (20 Zentigramm) gegeben wurde, war Recidiv die Regel, nach zwei nur in 6%, drei sind Maximum für eine Kur.

Ganz kleine Kinder und Säuglinge vertragen 2 cg. gut; in 4 Fällen wurden Gravide ohne üble Zufälle mit Injektionen behandelt. Auch gegen ältere, tertiäre Affektionen meint Verf. glänzende Erfolge gesehen zu haben, indem sie nach 2 bis 3 Injektionen schwanden. Überhaupt meint er, dafs diese Methode besonders wegen ihrer Einfachheit vielleicht der beste Applikutionsmodus für Merkur wäre.

Kopenhagen. E. Pontoppidan.

R. Bergh hat seinem Jahresbericht der Abteilung für venerisch erkrankte Prostituierte publiziert, welcher wie immer eine Fülle interessanter Beobachtungen und statistischer Resultate enthält. Wie früher betont er scharf, dafs der Gesundheitszustand der privat wohnenden scorta gegen den der bordellierten sehr vorteilhaft vortrete. In Kopenhagen waren am Ende des Jahres 1883 von 373 eingeschriebenen Prostituierten, welche wöchentlich zweimal ärztlicher Untersuchung unterworfen waren, 245 in Privatwohnungen und 130 in Bordellen untergebracht. Die erstern gaben während des Jahres 1138, die letztern 1545 Hospitalseinlagen. Die privat wohnenden waren somit weniger häufig eingelegt, meistens für leichte Urethritiden; Syphilis und ulcera venera wurden seltener gesehen; die von Unreinlichkeit, von der Unmöglichkeit selbständiger Wahl der Besuchenden und von Übermafs der Konkubien abhängigen Leiden waren auch weniger häufig.

Von pseudo-venerischen Krankheiten wurde 30mal Herpes progenitalis beobachtet und schien sehr oft mit dem Eintreten der Menstruation in Verbindung zu stehen. Von den venerischen Affektionen gaben die Katarrhe, namentlich der Urethralkatarrh, das gröfste Kontingent; doch scheint dem. Verf. die vulvo-vaginalen Gänge und Cervix uteri mit seinem Kanal noch häufiger als die weibliche Urethra die Quelle der Urethritis beim Manne zu sein. Die Leiden der vulvo-vaginalen Glandeln werden gewifs nur zu oft übersehen. Verf. bemerkt nebenbei, dafs die Funktion dieser Glandeln überhaupt, und besonders die pollutionsähnlichen Ausleerungen derselben bei Weibern während lasziver Träume (ganz wie während des Konkubiums) merkwürdig wenig Beachtung von seiten der Ärzte gefunden haben.

Eine chronische, recidivierende Urethritis mit spärlichem mukopurulenten Ausfluſs ist sehr oft nur mechanischen Ursprungs und nicht kontagiös.

Ulcera venerea wurden nur bei 6, Bubonen bei 3 Individuen gefunden.

In 21 Fällen von frischer Syphilis wurde 14 mal die Initialsklerose aufgefunden.

Das von Neisser so häufig beobachtete Leucoderma syphiliticum wurde nur selten gesehen.

Kopenhagen. E. Pontoppidan.

Beiträge zu Ätiologie der Tabes dorsalis, namentlich in deren Beziehung zur Syphilis, von A. Eulenburg. (Virchows *Archiv*. Bd. 99. S. 18—70.)

Um zur Entscheidung der unter den Kliniken noch in krassem Gegensatze schwankenden Frage über den Zusammenhang von Tabes und Syphilis beizutragen, gibt Eulenburg eine umfassende Darstellung seines grofsen einschlägigen Materials. 125 Fälle von unzweifelhaft sicher diagnostizierter Tabes dorsalis, welche einer $4^1/_2$ jährigen Beobachtungszeit angehören, und von denen alle zweideutigen und unsicheren Fälle ausgeschlossen und nur solche aufgenommen waren, wo auf Grund des vorhandenen Symptomenkomplexes die Diagnosen keinen Bedenken unterliegen konnten, wiesen namentlich neben

den anderweitigen bestätigenden Symptomen das pathognomonische Westphalsche Zeichen (Absenz des Kniephänomens) unzweifelhaft und ausdauernd auf. Von diesen 125 Fällen kommen 91 auf die private- und 34 auf die poliklinische-Praxis. 106 (84,8 %) waren Männer und 19 (15,2 %) Weiber, das Verhältnis also ungefähr wie 6 : 1. Die Entstehung fällt am häufigsten in das Alter vom 30—40. Lebensjahr, ist vor dem 20. Jahre selten und nach dem 60. anscheinend niemals beobachtet worden. Die weiblichen Kranken waren bis auf 2 sämtlich verheiratet und übten eine bestimmte Profession im allgemeinen nicht aus. In den sogenannten höheren Ständen ist die Tabes verhältnismäfsiger häufiger, sie fand sich unter Eulenbergs Privatkranken im Verhältnis von 1 : 10, unter den poliklinischen ungefähr wie 1 : 32. Unter den Männern waren 67 ohne nachweisbar vorausgegangene, 39 mit vorausgegangener syphilitischer Infektion und zwar hatten von diesen 28 unzweifelhaft an typischer Sklerose und allgemeiner Syphilis, dagegen 11 wahrscheinlich an einfachem Ulcus molle ohne nachfolgende konstitutionelle Erscheinungen gelitten. Der Prozentsatz der Fälle, in denen nachweisbar eine Infektion vorausgegangen, beträgt 39,8, Fälle in denen eine Infektion nicht nachweisbar ist, 63,8 %. In diesen sämtlichen 39 Fällen beträgt die Zeit zwischen der syhilitischen Infektion und dem Auftreten der ersten Tabessymptome 31 mal weniger als 15 Jahre, auf die spätere Zeit bis zum 29. Jahre kommen nur 8 Fälle, ein Verhältnis, welches mit dem von Erb beobachteten vollständig übereinstimmt. Bei den weiblichen Tabespatienten liefs sich nur 1 mal Syphilis mit Sicherheit nachweisen, es war dies eine Hebamme, welche bei einer Entbindung vor 18 Jahren infiziert worden war und nach 16 Jahren mit ataktischer Tabes und hochgradiger Gehstörung erkrankte. In mehreren Fällen liefs sich Syphilis mit Sicherheit ausschliefsen. Nach Abschluſs der Statistik jedoch hat Eulenburg in einer Fufsnote noch 3 Fälle von Tabes bei Frauen mit unzweifelhaft vorausgegangener Syphilis angegeben und zwar betrifft 1 Fall wiederum eine Hebamme.

Zur Beantwortung der Frage, ob diejenigen Tabesfälle, in denen Syphilis vorausgegangen, eine bestimmte mehr oder weniger übereinstimmende Physiognomie zeigen, konnten nur diejenigen 39 Fälle herangezogen werden, bei denen es sich mit Sicherheit um eine syphilitische allgemeine Infektion gehandelt hat. Das Resultat vorausgegangener Untersuchung nach dieser Richtung war ein durchaus verneinendes. Es konnten weder irgend welche gemeinschaftliche Charakterzüge der Tabesfälle nach Syphilis noch differenzielle Merkmale gegenüber den nicht syphilitischen festgestellt werden. Namentlich wurde hierbei auf die neuralgischen Symptome, auf die Mitbeteiligung der Gehirnnerven und anderweitige cerebrale Komplikationen geachtet. Die anderweitigen ätiologischen Momente anlangend wird auf die in 15 Fällen deutlich nachweisbare hereditär neuropathische Belastung hingewiesen. Die atmosphärischen Schädlichkeiten hält Eulenberg nicht so für eine sehr häufige und direkte Ursache wie andre Autoritäten, z. B. Leyden, und ebenso wenig scheint es ihm möglich, starke körperliche Anstrengungen, schwere Gemütsdepression, traumatische Verletzungen, akute Krankheiten und andre Erschöpfungszustände, Excesse, ganz besonders anzuschuldigen, obgleich sie in den Anamnesen in einer Reihe von Fällen eine Rolle zu spielen scheinen. Der Umstand, dafs die Mehrzahl der Beobachter durch eine antisyphilitische Behandlung der Tabes nur palliative oder gar keine Erfolge zu erzielen vermochten, spricht nicht im geringsten gegen die ätiologische Beziehung der Tabes zur Syphilis. Denn man sieht häufig genug, dafs in ganz unzweifelhaften Fällen von Syphilis die übliche spezifische Behandlung vollständig im Stiche läfst, ja dafs sogar während derselben der lokale Prozefs unaufhaltsam und rasch fortschreitet. Die therapeutischen Mifserfolge dürfen nicht als ein Argument gegen den ätiologischen Zusammenhang von Tabes und Syphilis gedeutet werden, ebensowenig wie ein einziger günstiger Erfolg der Inunktionskur und des Jodkalium die kausale Abhängigkeit von Tabes und Syphilis im allgemeinen oder

für diesen besonderen Fall aufweisen könnte. Trotzdem hält Eulenburg daran fest, dafs nicht blofs Besserung und Stillstand, sondern auch wirkliche Heilungen im klinischen Sinn bei Tabes in vereinzelten Fällen vorkommen. Unter den 25 Fällen der vorliegenden Tabelle sind 2 von den krankhaften Erscheinungen befreit worden, in beiden war nachweisbar eine syphilitische Infektion vorausgegangen, der eine Fall jedoch ohne jede spezifische Behandlung, der andre wesentlich unter einer solchen zur Heilung gebracht worden; allerdings könnte bei dem ersteren aufser und neben der Syphilis noch der Einfluls bestimmter körperlicher Anstrengungen herangezogen werden, da der Patient viele Jahre hindurch halbe Tage lang auf einem Beine stehend mit dem andren eine Trittbank in Bewegung zu halten hatte. Die erfolgreiche Behandlnng bestand in 4 Monate lang fortgesetzter elektrischer Behandlung in Verbindung mit Strychnininjektionen und Tragung des Chapmanschen Rückenschlauches. Der Patient ist trotz der Absenz des Kniephänomens und einer leichten Störung des Muskelgefühls vollkommen arbeits- und leistungsfähig geworden. Mit Rücksicht auf diese Thatsache kommt Eulenburg zu dem Schlusse, dafs es eine absolute und relativ ziemlich grofse Anzahl Tabetischer gibt, die früher syphilitisch gewesen sind; ihre Zahl ist beträgtlich gröfser als man noch vor wenigen Jahren allgemein annahm. Die Wirkungsweise der Syphilis auf die nachfolgende Tabes ist ungewifs, vermutlich stellt sie nur ein schwächendes Moment dar, vielleicht aber ist sie in einer Reihe von Fällen auch die direkte Ursache. Keinesfalls ist Syphilis die alleinige, wahrscheinlich nicht einmal die häufigste und wichtigste Ursache. Diejenigen Tabesfälle, in denen Syphilis vorausging, bieten keine Symptome dar, welche sie von andern Tabesfällen unterscheiden könnte. Ebensowenig geben Prognose und Therapie wesentliche Anhaltspunkte, indem Tabesfälle mit luetischen Antecedenzien sowohl mit als auch ohne antisyphilitische Kur gebessert werden können, während in der Regel die spezifische Behandlung entweder keinen oder nur geringen Erfolg zeigt. Die ätiologische wie pathogenetische Erforschung der Tabes — so schliefst der Verfasser seinen inhaltsreichen Aufsatz — ist demnach durch die seit einigen Jahren in den Vordergrund getretene Tabes-Syphilisfrage noch keinesfalls einer definitiven Lösung zugeführt worden. Ob die Therapie aus dem Aufwerfen dieser Frage und den damit gegebenen praktischen Konsequenzen einen bleibenden Gewinn davongetragen hat, ist nach den bisher vorliegenden Erfahrungen noch nicht zu entscheiden.

Lassar.

Einen höchst bemerkenswerten Fall von **Sklerodermie und Sklerodaktylie** hat Professor Senator in der Gesellschaft der Charité-Ärzte vorgestellt (S.-A. der *Klinischen Wochenschrift* No. 31, 1884), der zu den seltensten der ohnehin seltenen Krankheit gehört und wohl in der französischen nicht aber in der deutschen Litteratur bislang seines gleichen findet. Die 25jährige junge Dame leidet an einer starken Adduktion beider im Ellenbogengelenk flektiert gehaltenen Arme. Die sonst ziemlich freien Gelenke sind in der Pronation und Supination stark behindert, die Hände selbst beide im Karpalgelenk in Pronations- und leichter Flexionsstellung fixiert, die Finger in einer Art Klauenstellung in den Metakarpal- uud Phalangealgelenken festgestellt, mehre Phalangen sind aus ihren Gelenken gewichen und subluxiert, und die beiden Daumen stehen ziemlich stark abduziert in der Form eines kurzen steifen Stabes. Im übrigen sind die Extremitäten stark atrophisch, die Hände ziemlich schmal und verkürzt. Die Haut ist an den Armen dunkler als am übrigen Körper und hat an den Unterarmen und der Hand einen ganz bräunlichen Ton. Auf beiden Armen waren sehr zahlreiche braune und schwärzliche Leberflecke bis zu Erbsengröfse entwickelt, die schon seit lange möglicherweise von Geburt an bestanden haben. An einzelnen Stellen, dort wo die Knochenepiphysen stark aus dem Gelenke gewichen sind, wird die dunkle

Färbung unterbrochen, indem die Epiphyse durch die hier ganz dünne Haut gelblichweifs durchschimmert. An solchen Stellen platzt die Haut öfters und es treten flache, schwer heilende Ulcerationen auf. Dabei fühlt sich die Haut der Hände und des unteren Drittels der Unterarme kühl und trocken an, bleibt auf Pilokarpin reaktionslos, während der übrige Körper reichliche Schweifsabsonderung ergibt. Auffallend waren während der mehrwöchentlichen Beobachtung kleine Schwankungen in der Beschaffenheit der Haut, welche sich in Zunahme der Straffheit und Färbung bei allgemeinem Unwohlsein darstellten. Der Paniculus adiposus war an den erkrankten Partien gar nicht mehr vorhanden, die Muskulatur stark geschwunden, die Knochen an den Händen auffallend atrophisch und zwar nicht nur verschmälert, sondern ganz erheblich verkürzt. Diese Verkürzung ist nicht durch von aufsen eingedrungene Zerstörungsprozesse hervorgerufen, sondern es handelt sich um einfaches Zusammenschrumpfen der Hände durch Atrophie. Eine ähnliche aber weit weniger stark ausgesprochene Beschaffenheit wie an den Händen besteht auch an beiden Füfsen, doch sind die Verkrümmungen nur leicht und die Funktionsstörung nur sehr gering. Dabei ist die faradokutane und faradomuskuläre Empfindlichkeit etwas vermindert, sonst aber die Sensibilität gut erhalten und nur die Reaktion der Muskeln am Vorderarm deutlich herabgesetzt. Spuren von Sklerodermie finden sich fernerhin im Gesicht, um den etwas starr gespannten Mund und am untern Teil der Nase, sowie an der vordern Brustwand; die Schleimhäute sind ganz frei. Das Leiden war bei der aus einer wohlhabenden und gesunden Familie stammenden Patientin zur Zeit der Menses aufgetreten und zwar unter allgemein chlorotischen Beschwerden. Die Patientin bekam dann ein Gefühl von Taubheit und Eingeschlafensein in den Händen, sie war nicht im stande Gegenstände zu halten, zugleich wurden die Hände blau und kalt, dann stellte sich Kribbeln ein, zuerst in den Händen, dann in den Füfsen, und solche Anfälle, die etwa zwei Stunden dauerten, kamen zu verschiedenen Zeiten, besonders bei kühlerer Temperatur der Umgebung vor. Dazu kamen dann Schwindel und Ohnmachtsanfälle und zuweilen abendliche Schüttelfröste. Nicht lange darauf fingen die Finger beider Hände an sich einwärts zu krümmen, die Hände fühlten sich kühl und feucht an und die Gelenke waren angeblich beständig von einem weifsen Staube bedeckt. Die erste Geschwürsbildung an den Fingern trat im 16. Jahre auf und zwar hauptsächlich an den Gelenken; ein Jahr später machte sich eine eigentümliche Empfindung am Munde bemerkbar, die Patientin fühlte zuweilen ein Zusammenkrampfen in der Zungenspitze mit Erschwerung der Sprache, besonders bei psychischer Erregung, und die Finger waren mittlerweile merklich dünner geworden, während Hand- und Fufsgelenke geschwollen waren. Im weitern Verlaufe traten zeitweise Verdauungsstörungen ein, Gefühl von Ameisenkriechen und halbseitiges Frösteln. Die allmählich immer hochgradiger gewordene Steifheit liefs später infolge von Massage und eines mehre Monate lang andauernden Aufenthalts im Bett etwas nach. Auf Grund der Empfindlichkeit gegen Kälte wurden zwei Winter in Oberitalien zugebracht und dabei jedesmal eine Intermittens quotidiana durchgemacht. Trotz alledem machte das Leiden langsame Fortschritte. Im Jahre 1883 traten Magenblutungen hinzu und in letzter Zeit sind Zunge und Zahnfleisch öfters wund geworden. Alle therapeutischen Bestrebungen (Jod, Arsen, Belladonna, Amylnitrit, Elektrizität, Massage, römische Bäder, Ergotininjektionen) sind erfolglos geblieben, nur warme Bäder und Pilokarpineinspritzungen haben subjektive Erleichterung geschaffen. Das hauptsächlichste Interesse dieses Falles sieht Senator in der auffallenden Atrophie der Fingerknochen. Zwar ist eine Verkrümmung der Hände bei Sklerodermie nicht gerade eine Seltenheit, dagegen ist ein Knochenschwund von der Art des geschilderten, der ohne jede Spur eines entzündlichen oder kariösen Vorganges fortschreitet, wohl kaum in solcher Hochgradigkeit beobachtet worden. Obgleich die vorhandenen Theorien über das Wesen der Sklerodermie im allgemeinen auf eine nervöse Basis

hinauslaufen, stehen hierfür, wie Verf. hervorhebt, beweisende anatomische Untersuchungen noch aus und auch der vorliegende Fall zeigte nichts, was auf einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Nervensystem hinweist. Eigentümlich war die Entwickelung der Krankheit unter der Erscheinung der lokalen Asphyxie, womit die grofse Empfindlichkeit gegen Temperatureinflüsse zusammenhängt, und bemerkenswert die diffuse bräunliche Verfärbung der Haut mit der Bildung zahlreicher dunkler Leberflecke, ein Vorkommnis, das neuerdings bei atrophischen Zuständen der Haut nicht selten beobachtet worden ist.

LASSAR.

Mitteilungen aus der Litteratur.

In Stockholm hat WIDMARK (*Hygiea*. Septbr. 1884) in zwei Fällen von Urethritis bei kleinen Mädchen (ca. 2 Jahre alt) **Gonokokken** im Sekret gefunden. Die Eltern hatten Gonorrhöe gehabt, und im Urethralsekret der Mütter wurden Gonokokken gefunden. Von 13 Fällen purulenter Conjunctivitis, 1 bei einer Erwachsenen, 12 bei Neugebornen, waren 10 gonokokkenhaltig, 3 nicht.

In einem der Fälle, wo keine Gonokokken aufgefunden waren, auch nicht in Vaginalsekret der Mütter, wurde das Sekret der Ophthalmoblennorrhöe in die Urethra dreier jungen Kollegen eingeführt, ohne irgend welches Resultat.

R. BERGH, welcher schon 1872 zwei Fälle von **Hauthörnern** veröffentlicht hat, gibt in *Hospitalstidende* eine Darstellung von weiteren drei Fällen, einem in der Regio infraspinata sin. und zwei am Nasenrücken. Die letztern waren beide bei siebzigjährigen alten Weibern und schienen wenigstens bei einer vom Brillentragen abhängig zu sein. Sie zeigten sich aus senkrechten parallelen Säulen zusammengesetzt, jede von diesen einer Papille entsprechend und aus dieser hervorgegangen. Die Säulen sind aus dicht zusammengedrängten, konzentrisch geordneten Hornzellen aufgebaut. In einem der Fälle entwickelte sich in und um die Grundfläche des Hauthorns ein Epitheliom, doch nicht primär, sondern als Fortsetzung eines Kankroids, welches in der Nähe entstanden war.

Verf. meint, dafs die Hauthörner nicht gar so selten seien. Sie sind nur bei bedeutender Gröfse besonders lästig, müssen aber doch namentlich wegen der Gefahrs eines Karcinoms am liebsten mit dem Mutterboden entfernt werden.

In der Gesellschaft der Ärzte zu Kopenhagen hat E. PONTOPPIDAN einen Vortrag über die Diagnose und Behandlung der **chronischen Urethritis** gehalten, welcher in *Hospitalstidende* No. 50, 1884, publiziert worden ist. Verf. vertritt die Anschauungen von GUYON in Paris und ULTZMANN in Wien, wie sie namentlich in der Ausbildung der Lehre von der Bedeutung der pars membranacea als Scheide zum Ausdruck kommen. Er legt der Endoskopie besonders als diagnostisches Hilfsmittel hervorragenden Wert zu, während er in der Behandlung als Hauptmittel die Instillationen nach GUYON hervorhebt.

Kopenhagen. E. PONTOPPIDAN.

Die auf der DOUTRELEPONTschen Klinik herrschenden Ansichten über die **Natur des Lupus** behandelt Dr. HUBERT WELKER in einer Inaug.-Diss. (Ehrenfeld, Brans 1884) und fafst dieselben dahin zusammen, dafs die histologischen Verhältnisse trotz der sorgsamsten Untersuchung bei Lupus und Tuberkulose nennenswerte Differenzen nicht aufweisen, da man bei beiden Rundzellen, epitheloide und Riesenzellen, sowie eine vom Zentrum ausgehende Nekrobiose bei unauf-

haltsamer Verbreitung in das umliegende Gewebe vorfinde. Ebensowenig sind bis jetzt im Lupus in bezug auf das optische Verhalten und ihre Färbbarkeit Differenzen der gefundenen Mikroorganismen festgestellt worden. Auch weise das Impfexperiment auf die Identität hin. Während gegen diese Aufstellung ein sachlicher Einwand bislang nicht gemacht werden kann, so läfst doch der Schlufssatz dieser Arbeit bislang eine unbedingte Bestätigung vermissen, welcher lautet, dafs auch von klinischer Seite kein nennenswerter Einwand gegen die Identität von Lupus und Tuberkulose erhoben werden könne. Das hierfür angeführte Motiv der statistisch erhärteten Vergesellschaftung beider Leiden, namentlich aber von Lupus und Skrofulose, würde wenigstens nach Ansicht des Referenten einwandsfrei wohl kaum erscheinen.

Ein ähnliches Thema, die Behandlung des **Lupus Willani**, ist Gegenstand einer aus derselben Klinik hervorgegangenen Inauguraldissertation von Dr. Mathias Quos, Köln 1884. Hier findet namentlich die Paquelin-Thermokauterisation lebhafte Fürsprache und am meisten Gewicht wird auf die in dieser Zeitschrift, Band II, Heft I. 1884 von Doutrelepont vertretene Sublimatbehandlung gelegt, die, um kurz zu rekapitulieren, in folgendem Verfahren besteht. Man taucht vielfach geschichtete Kompressen in eine Sublimatlösung von 1 : 1000, preſst sie aus und legt sie auf die erkrankte Stelle; darauf wird Guttaperchapapier mit Bindentouren fest appliziert, und die Kompressen werden so oft erneuert, dafs sie feucht bleiben. An Stellen, wo, wie z. B. an den Augenlidern, solche Umschläge aus örtlichen Gründen nicht angewendet werden können, wird $^1/_8$-prozentige Sublimat-Vaselinsalbe verordnet und die stark hypertrophisch lupöse Stelle der Schleimhaut mit einer 1% Sublimatlösung nach Auspiz-Schiff'schem Vorgange gestichelt mittels einer mit einem Gummiballon statt des Stempels versehenen Morphiumspritze. Diese Sublimatumschläge werden, wie berichtet wird, von den Patienten gut vertragen, die Eiterung vermindert sich immer mehr, die hypertrophische Granulation geht immer mehr zurück und die gebildeten Narben sind weich und glatt. Ob diese Behandlung, wie der Verfasser meint, aufser dem wundheilenden Einfluſs eine radikale Beseitigung des Lupus herbeizuführen vermag, werden weitere Versuche ergeben. Jedenfalls mufs es überraschend erscheinen, dafs die subkutanen Infiltrationen, wie sie Lupus zu setzen pflegt, durch so harmlose hydropathische Sublimatbehandlung zu beseitigen sind.

Dr. Ottomar Rosenbach führt Erfahrungen an, nach denen möglicher Weise ein **Zusammenvorkommen von Melliturie und Furunkulose** im umgekehrten als gewöhnlichen Verhältnis stehen kann. Es müsse sich in solchen Fällen um eine Resorption reduzierender Substanzen von dem Eiterherde aus handeln, da die Furunkeln manchmal die Melliturie, welche während ihres Bestehens nachgewiesen wurde, überdauern. (*D. Med. Wchschr.* 1884. No. 41.)

Die **Behandlung von Herpes tonsurans** auf dem behaarten Kopfe erweist sich nach Dr. Malcolm Morris (*Brit. med. Journ.* No. 1246. 1884) besonders dankbar, wenn man die sonst wirksamen Medikamente wie Thymol, Borsäure, Salicylsäure, Sublimat in Chloroform löst. Dabei wird bemerkt, dafs die sonst üblichen Waschungen mit Seife und heifsem Wasser manchmal zu einer lokalen Verbreitung des Leidens führen können, weil die festgeschwemmten Sporen nach dem Eintrocknen auf andern Stellen der Epidermis Wurzel fassen und weiter wuchern können. Hiergegen spricht sich (wie es scheint mit Recht) Dr. A. Bernard (*Brit. med. Journ.* No. 1247. 1884) aus, der von Waschungen mit Seife und lauem Wasser ganz allein in kurzer Zeit Besserung bei Ringworm gesehen hat und meint, dafs die Weiterverbreitung des Leidens trotz solcher Behandlung meist in der Nachlässigkeit des Patienten zu suchen sei. Nebenher empfahl er in hartnäckigen Fällen Petroleum.

Dr. Robert Liveing empfiehlt **gegen Herpes tonsurans unterschwefligsaures Natron** in wässeriger Lösung als ein sehr nützliches Mittel. Er betrachtet aufserdem häufige Waschungen als das beste Prophylacticum gegen dieses Leiden bei den übrigen Mitgliedern solcher Familien, in denen das Leiden schon Platz gegriffen hat. (*Brit. med. Journ.* No. 1250. 1884.)

Dr. J. Walton-Browne rät in dem *Brit. med. Journ.* No. 41. 1884 **gegen Verbrennungen und Erfrierungen zu Waschungen mit chlorsaurem Kali** und hebt hervor, dafs nach Anwendung derselben in kurzer Zeit der Heilungsprozefs beginnt und die rauhe Oberfläche rasch mit neuer Haut bedeckt wird. Besonders bei Combustiones II. und III. Grades ist solche Waschung besonders nützlich und auch bei schlimmern Zerstörungen thut das Mittel eine gute Wirkung. Bei oberflächlichen Verbrennungen werden die Blasen aufgestochen und ein Brei von Brot und Wasser über die zerstörte Oberfläche vierstündlich frisch ausgebreitet, bis die Oberhaut ganz abgelöst ist. Dann werden Kompressen von 1% Lösung von chlorsaurem Kali aufgelegt und alle 24 Stunden erneuert. (Jedenfalls etwas weitläufig gegenüber einem antiseptischen Pulververband nach Abtragung der Epidermisfetzen. Ref.)

In der Londoner Harveyschen Gesellschaft berichtete Dr. Stephan Makenzie über 2 Fälle von **Lichen planus**, bei welchen die Eruption sich im Verlaufe der Hautnerven entwickelt hatte. Der eine Fall betraf eine Frau, in der Lichen planus die eine Hälfte des Rückens und des Bauches in Gürtelform wie bei Herpes Zoster betroffen hatte und in der That mit letzterem verwechselt worden war. Erst später wurde der Ausbruch des Hautleidens allgemeiner unter heftigem Jucken der Haut und dem Auftreten weifser Flecke an der Backenschleimhaut. Auch in dem zweiten Fall war die Eruption auf eine Bahn, entlang der Innenseite des einen Arms, entsprechend der innern Haut- und Ulnarnerven, beschränkt. Bei dieser Gelegenheit hebt Verfasser hervor, dafs die Asymmetrie mehr als die Symmetrie charakteristisch sei für solche Effloreszenzen, die sich an lokale Nervenaffektionen anschliefsen. Er glaubt, dafs symmetrische Krankheitserscheinungen, wie Lichen planus und Psoriasis, von einer allgemeinen Nervenbeeinflussung beherrscht würden (eine Annahme, für welche weitere Belege noch zu erbringen wären. Ref.).

In der Berliner med. Gesellschaft (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1885. No. 2) stellte Dr. Lassar 6 Fälle von **Lupus erythematodes** vor, welche durch eine ganz besonders oberflächliche Paquelinverschorfung zur narbenlosen Verheilung gebracht worden sind. Das Prinzip der Behandlung ist, das pathologische Neugebilde unter Schonung des normalen Gewebes zu vernichten, und dieses Resultat läfst sich an den vorgeführten Patienten in der That nachweisen. Nur bei genauer Lupenbetrachtung und scharfer Beleuchtung sind die nach den Photogrammen ursprünglich behafteten Stellen von der gesamten Haut zu unterscheiden.

Dr. Lehnert hat in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 10. Dez. 1884 einen sehr bemerkenswerten Fall von **echter Lepra** vorgestellt. Bei dem jetzt fast 13jährigen Mädchen hatte sich die Krankheit vor 7 Jahren zu Purulia bei Calcutta entwickelt und allmählich zu einer ungemein charakteristischen facies leontina ausgebildet. Die Arme und besonders die Dorsalflächen der Hände sind mit dicken Knoten oder deren zurückgelassener Narbe bedeckt, ebenso die Beine. Auch die Schleimhaut des Palatum durum et molle weisen zahlreiche Lepraknoten auf. Bemerkenswert ist, dafs während im allgemeinen im genannten indischen Orte Lepra nie vorgekommen ist, im Jahre 1878 in dem betreffenden Hause ein eingeborenes mit Aussatz behaftetes Mädchen längere Zeit mit Näharbeit beschäftigt gewesen war.

Dr. James Finlayson berichtet (*The Glasgow medical Journal.* Bd. 22. No. 5. 1884) über ein Kind mit allgemeiner **kongenitaler einseitiger Hy-**

pertrophie, welches mit einer eigentümlichen Verfärbung der Haut behaftet war. Diese Verfärbung variierte ganz aufserordentlich; sie war zu Zeiten kaum erkennbar, zu andern wiederum sehr ausgesprochen. Die Ursache dieses Phänomens war ausschliefslich in dem Reizungszustande der Gefäfse zu suchen, denn beim Schreien, Weinen, Waschen wurden die verfärbten Stellen plötzlich ganz dunkel, wie wenn sie direkt mit Blut gefüllt würden. Nach einigen Monaten wurde die Haut dann blasser. Die stärksten Verfärbungen befanden sich am Bauche um den Nabel herum, aufserdem aber zeigten sich Flecke auf dem Rücken, welche Inseln von ganz normaler Hautfarbe einschlossen. Ähnliche Flecke zeigten sich auch auf den Extremitäten. In ihrem Füllungszustande machten diese Flecke geradezu den Eindruck von Naevus, zeigten jedoch keine Spur von Hauterhebung; die Haut fühlte sich sanft an, und nach dem Verschwinden der Rötung konnte man die Flecke an vielen Stellen kaum noch unterscheiden.

Die **Ätiologie der Trichorrhexis nodosa** erklärt Dr. S. Wolffberg (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 31. 1884) durch einfache, wiederholte mechanische Mifshandlung dickerer markhaltiger Barthaare; so genügt z. B. stärkeres Reiben der Barthaare beim Abtrocknen bei vielen Personen, um dieses Leiden hervorzurufen. Die mechanische Mifshandlung als alleinige Ursache dieses ganzen Bartleidens zu betrachten, zwingt der anatomische Befund, denn das Haar verhält sich aufserhalb der Knötchen durchaus wie ein gesundes, und das mikroskopische Bild der Knötchen selbst lehrt, dafs das Haar aufgefasert ist, und dafs das obere und untere Ende wie zwei Ösen ineinandergreifen. Dieses Bild gelingt auch bei Personen mit dicken etwas borstigen Barthaaren jederzeit künstlich hervorzurufen. Ferner ist die Lokalisation zu beachten, die sich ausschliefslich auf die markhaltigen Barthaare und fast nie auf die Kopfhaare erstreckt. Die Entstehung der Knötchenform wird durch das zentrale Rohr begünstigt, von welchem die zerknickten und zerriebenen Fasern sich abheben. Ferner ist charakteristisch, dafs die Affektion sich vorzüglich an den besonders exponierten Teilen des Bartes findet. Dazu kommt, dafs alle übrigen zum Teil „etwas künstlichen Erklärungsversuche" dieses Leidens unzureichend und, wenn man will, einer so einfachen Auffassung gegenüber überflüssig erscheinen.

Bei **febris recurrens**, von welcher im Jahre 1882/83 im Rochushospital in Budapest eine gröfsere Epidemie beobachtet wurde, konnte Dr. Rhone auf der Haut das Vorkommen von Herpes, Roseola, Petecchien, Sudamina und Erythemen wohl feststellen, gleichzeitig aber jeden charakteristischen Zusammenhang dieser Hauterscheinungen mit dem eigentlichen Krankheitsprozesse ausschliefsen. (*Pester med. chirurg. Presse.* No. 20. 1884.)

Prurigoknötchen sind nach H. v. Hebra (*Zeitschrift für Therapie.* 1884. No. 23) nicht als Ursache des Juckens, sondern als ein Produkt des Kratzens aufzufassen; namentlich wendet sich Verfasser gegen die Riehlsche Anschauung, dafs die Prurigo eine Art der Urticaria sei und legt Gewicht darauf, dafs den pruriginösen Eruptionen irgend ein besonderes anatomisches Kennzeichen nicht zukomme.

Auf Grund einer erschöpfenden litterarischen und kritischen Darstellung (8 eigne Fälle) behandelt Dr. Ernst Finger die noch vielfach schwankende Lehre von dem **syphilitischen Gelenksleiden** und hebt hervor, dafs demselben zum Unterschied von Gelenkrheumatismus eine von diesem verschiedene auffallend remittierende Fieberkurve zukomme, dafs dieselben sich ferner charakterisieren durch das Fehlen von Komplikationen von seiten der Herzhäute, durch Lokalisation in nur einem Gelenk, durch die Tendenz der Verschleppung, die relativ geringe Schmerzhaftigkeit mit heftigen abendlichen und nächtlichen Schmerzexacerbationen in einigen, den lenteszierenden Beginn und schmerzlosen Verlauf

in andern Fällen. Kann man nun in einem solchen Falle konstatieren, dafs der Patient gleichzeitig an Syphilis leidet, und die Gelenkserscheinungen gehen auf antisyphilitische Behandlung zurück, so mufs in der That angenommen werden, dafs die im Verlauf der Syphilis vorkommenden Gelenks-, Sehnen- und Sehnenscheiden- und Schleimbeutelerkrankungen ihr ätiologisches Moment in der Syphilis besitzen. Gelenksschmerzen sind an sich ein häufiges Begleitsymptom konstitutioneller Syphilis und sind oft ein hervorstechendes Zeichen der Eruptionsperiode. Sie befallen meist nur die grofsen und die Interphalangealgelenke und können zu bohrenden, reifsenden, besonders des Nachts wütenden Empfindungsstörungen werden. Die Patienten klagen manchmal, dafs sie am Morgen beim Aufstehen ihre Extremitäten kaum bewegen können und eine schmerzhafte Reibung der Gelenksenden gegeneinander fühlen. Die pathologisch-anatomisch nachweisbare Veränderung bei Gelenksyphilis mufs man in einfach entzündliche, in gummöse und ankylotische Veränderungen teilen. Die Syphilis der Sehnen und Sehnenscheiden tritt entweder in einer irritativen Form als Tendovaginitis und als Hydrops der Sehnenscheiden, oder als gummöse Infiltration auf. Von den sehr wenig gekannten syphilitischen Erkrankungen der Schleimbeutel wird über einen Fall berichtet, wo eine schmerzlose, von der Bursa selbst ausgehende pralle Schwellung nach mehrmonatlichem Bestande endlich im Zentrum erweicht und auf die äufsere Haut überging. Zeitlich sind die Gelenksaffektionen an keine Periode der Syphilis gebunden, sie können früh und spät vorkommen selbstverständlich mit Ausnahme der gummösen Formen. Als Behandlung genügt die allgemeine spezifische Kur. (*Wr. med. Wochenschrift.* No. 28. 1884.)

An Hand einiger von ihm selbst zum Teil auf Prof. Maas' Klinik gemachten Beobachtungen schildert Dr. O. Pinner die gewöhnliche **Entwickelung der Epididymitis syphilitica** als eine im allgemeinen fast absolut schmerzlose, die aber doch in einer geringen Anzahl von Fällen sich in der Tiefe des Skrotums durch dumpfe Schmerzen bemerkbar machen kann. Die erkrankte Epididymis zeigt eine höckerige Oberfläche, und die einzelnen Knötchen nehmen vorwiegend den Kopf, selten den Schwanz und den Körper des Nebenhodens ein. Charakteristisch ist die grofse Härte und das Fehlen oder nur geringe Schmerzgefühl auf Druck. Während so das gewöhnliche Bild ist, kann die Entstehung auch in akuter Weise vor sich gehen. Heftige bis in die Lendengegend ausstrahlende Schmerzen hindern jede Bewegung, und die Epididymis ist in ihrer ganzen Ausdehnung geschwollen, bis nach einigen Tagen das akute in das mehr chronische Stadium übergeht. Diese Schmerzhaftigkeit kann manchmal ganz exzessiv werden, geht aber auf eine spezifische Behandlung zurück. Zur Differentialdiagnose von gonorrhoischen Formen müssen besonders bei der akuten Art der Epididymitis namentlich die anamnestischen Momente aushelfen, doch spricht im allgemeinen für die luetische Nebenhodenerkrankung ein indolenter höckeriger vom Hoden leicht trennbarer Tumor, und zur Unterscheidung von tuberkulöser Erkrankung glaubt Verfasser zur Bestätigung der Diagnose des therapeutischen Experimentes nicht entraten zu können. Mit Recht wird betont, dafs die syphilitische Nebenhodenentzündung häufiger ist, als man im allgemeinen annimmt, und dafs nicht selten Nebenhodentuberkulose diagnostiziert wird, wo in Wahrheit Syphilis zu Grunde liegt. (S. A. *Berliner klinische Wochenschrift.* No. 41. 1884.)

Im *Archiv für Kinderheilkunde.* Band 6. Heft 1 unterzieht Professor Monti die **ältern und neuern Methoden der Behandlung der Lues neonatorum** einer kritischen Durchsicht. Die Inunktionskur, welche die meisten Ärzte als das erfolgreichste und bequemste Mittel bei Syphilis der Neugeborenen anzuwenden pflegen, verurteilt der Verfasser mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Hautreizung und die Gefahr, den Säuglingen die grofsen Quantitäten Hydrargyrum auf einmal einzuverleiben. Er will plötzliche Todesfälle bei solchen Säuglingen, die mit Inunktionskur behandelt wurden, viel häufiger beobachtet haben, als bei den andern Behandlungsmethoden, die bei angeborener

Lues gebräuchlich sind. Auch soll das Körpergewicht der Patienten trotz zweckmäfsiger Ernährung während der Einreibungskur sehr langsam, meist sehr ungenügend zunehmen, und „die Krankheitsdauer durch dieselbe nicht im geringsten abgekürzt werden.“ Mehr Gewicht wird auf die interne längere Zeit hindurch fortgesetzte Anwendung von Kalomel gelegt und zwar nach folgender Dosierung:

℞ *Calomelanos puri* 0,10
Lactis ferri 0,2
Sacchari albi 3,0
M. f. p. Divid. in part. aeq. X. Je nach dem Körpergewicht des Kindes 1 — 4 Pulver täglich zu geben.

Treten während der Kalomelbehandlung Erscheinungen von Anämie auf, so ist das Medikament fortzulassen und statt dessen Tinct. ferri chlor. aether. zu geben. Gewöhnlich ist es notwendig, in den ersten zwei Lebensjahren 5 — 8 mal die obige Kalomelbehandlung anzuwenden; ein Einfluſs auf die Häufigkeit der Recidive wird dadurch nicht ausgeübt, sondern zu diesem Zwecke müsse zwischen den Kalomelperioden Jodeisen verabreicht werden.

℞ *Ferri jodat. sacchar.* 1,0
Sacchari albi 2,0
M. f. p. Divid. in part. aeq. X.
S. 1 — 3 Pulver täglich.

Die Verabreichung von Kalomel in subkutaner Injektion soll sich nur auf die Abwendung gefahrdrohender Symptome beschränken oder statthaben, wenn die innere Darreichung durch Ernährungsstörungen unmöglich gemacht wird. Durch Sublimatbäder allein erfolgt nach Montis Erfahrungen die Heilung nur sehr langsam, dagegen wird die Sublimatinjektion auſserordentlich wirksam in bezug auf das Verschwinden der Erscheinungen. Aber auch diese Methode beschränkt sich durch den Umstand, daſs die Injektionen von Kindern viel schlechter vertragen werden als von Erwachsenen. Das Hydrarg. tannic. in einem Dritteil der Dosis, die für Erwachsene üblich ist, hat sich bei Kindern gut bewährt und besitzt vor Kalomel und Protojoduret den Vorteil, die Verdauungsorgane intakt zu lassen.

Dr. Morawschik macht darauf aufmerksam, daſs bei **syphilitischen Psychosen** intensive Kopfschmerzen und Schwindelanfälle eine wichtige Rolle zu spielen scheinen, ferner, daſs in dem sogenannten hyperämischen Stadium der Syphilis die mit Reizzuständen und Steigerung der geistigen und motorischen Funktionen einhergehenden Psychosen (Manien) vorherrschen, in den späteren Stadien aber die depressiven Erscheinungen (Melancholien) besonders hervortreten. (*Pester med.-chir. Preſse.* Nr. 51. 1884.)

Einen Fall von **Dementia paralytica** auf syphilitischer Basis führt E. Revillion (*Le Progrès médical.* 1884. Nr. 48) an. Der sorgfältig beobachtete Patient hatte schon vorher eine Anzahl von Hirnerscheinungen durchgemacht, welche zum Teil durch spezifische Behandlung günstig beeinfluſst worden waren.

Über das Zusammenvorkommen von **Purpura variolosa, Variola vera, Variola sine exanthemate** in einer Familie berichtet Dr. Kurt Neumann (*Deutsche medicinische Wochenschrift.* Nr. 43. 1884).

Hautreizung durch Vaselin hat Dr. A. W. Mayo Robson (*Medical Bulletin.* Dez. 1884) häufiger beobachtet. Einer Frau z. B. war wegen eines einfachen Beingeschwürs die Martinsche Gummibinde für den Tag und eine Vaselineinreibung für die Nacht empfohlen worden. Bei ihrer nächsten Vor-

stellung war der Umkreis des Geschwürs von einem schweren Ekzem bedeckt. Die Patientin wurde angewiesen, die Binde fortzulassen, mit der Vaselineinreibung aber fortzufahren; infolgedessen steigerte sich die Entzündung über das ganze Bein. Als dann das Vaselin durch Zinksalbe ersetzt war, ging der Reizzustand rasch zurück und die Gummibinde wurde gut vertragen.

Ebenso wurde bei einem 8jährigen Knaben durch eine Salbe aus gelbem Präcipitat und Vaselin eine starke ödematöse Lidschwellung hervorgerufen, die ausgeblieben, nachdem statt des Vaselins einfach Fett mit einem Quecksilberpräparat gemischt worden war. Verfasser läfst es dahin gestellt sein, ob in diesen oder andern von ihm angeführten Fällen eine Verunreinigung des Vaselins oder eine besondere Idiosynkrasie gegen das Mittel den Grund der Reizung gegeben habe. (*London Lancet.* 8. Nov. 1884.) (Referent mufs sich der letztern Annahme zuneigen, da er von ganz reinem Vaselin, das andre Patienten gut vertragen hatten, Reizerscheinungen bei besonders zarter Haut entstehen sieht. Hervorzuheben ist, dafs das gelbe amerikanische Vaselin jedenfalls viel besser vertragen wird, als das offizinelle weifse deutsche Vaselin.)

Der Mops einer jungen Dame erkrankte wie Dr. John C. Peters (*New-York medical Journ.* Vol. 39. Nr. III) berichtet, mit Fieberfrost, Augen- und Halsentzündung, verweigerte die Nahrung und fiel dabei sehr ab. Das Tier wurde zu einem Veterinärarzt geschickt, und bald darauf kam bei seiner Herrin ein ausgesprochenes **Scharlachfieber** zum Vorschein. Später stellte sich heraus, dafs der Hund mehrere Male einen Diener begleitet hatte, der bei einer andern scharlachkranken Person Erkundigung über das Befinden eingezogen hatte. Hiermit in Übereinstimmung stehen Beobachtungen von Dr. Hadden, welcher in Katzen die gelegentlichen Krankheitsverschlepper des Scharlachgiftes erblickt und namentlich einen Fall hervorhebt, wo die Kinder einer durch Schneefall ganz isolierten Familie an Scharlach erkrankten, nachdem kurz vorher die Hauskatze von ähnlichen Symptomen befallen worden war. Derselbe Arzt hatte den Versuch gemacht, junge Katzen in die Betten scharlachkranker Kinder zu setzen. Einige dieser Tiere erkrankten denn auch mit katarrhalischen Augen- und Halsaffektionen, aber keines trug eine wirkliche Hauteruption oder deutliche Nierenerscheinungen davon.

Ähnliches hat Dr. Erskine S. Bates berichtet. Hier erkrankte ein kleines Mädchen an Scharlach, das mit einem fremden kranken Kätzchen mehrere Tage gespielt hatte. Das Tierchen hatte dann die Katze der Familie angesteckt und beide waren von starkem Fieber, hochgradiger Rachenentzündung und Nasenkatarrh befallen. Die Hauskatze starb am 6. Tage, das fremde Kätzchen und das Kind genasen.

In einem andern Falle wurde in einem Hause, in welchem Scharlach geradezu endemisch war, zuerst der Hausherr von einer tödlichen Scarlatina befallen. Sein Dachshund hatte während der Krankheit auf dem Bette gelegen so nahe am Kopf des Herrn wie möglich, und am Todestage des erstern wurde das Tier von Konvulsionen, Halsentzündung, rascher Anschwellung der Hals-Lymphdrüsen, hohem Fieber und Harnsuppression befallen und starb nach 36 Stunden.

Im Anschlufs an diese aus verschiedenen Quellen stammenden Mitteilungen macht Dr. Peters auf die Möglichkeit aufmerksam, dafs der Scharlach auch durch Tiere verschleppt werden könne, auch wenn dieselben von der Krankheit selbst nicht befallen werden.

Zur Behandlung der Gonorrhöe empfiehlt Dr. S. C. Gordon die Injektion von heifsem Wasser, und zwar ist in ganz frischen Fällen dasselbe so heifs wie ertragbar anzuwenden 3—4 mal in 24 Stunden. Hat das Leiden 10 bis 14 Tage, also über das entzündliche Stadium hinaus gedauert, so sollen die Unbequemlichkeiten in wenigen Tagen nach den Injektionen weichen. In vielen Fällen wurde Wasser in die Blase forziert, und die darauf folgende Ent-

leerung hatte einen guten Einfluſs auf die Dysurie. Von Bedeutung bei dieser Behandlung ist, daſs nicht kleine Quantitäten, wie bei unsern Injektionsflüssigkeiten, sondern groſse Massen heiſses Wasser eingeführt werden. Die Blase wird geradezu vollgepumpt und nachher wieder entleert. (*New-York medical Journal.* Vol. 39. Nr. XVI.)

Nach Dr. William H. Dukemann (*New-York medical Journal.* Vol. 40. Nr. XII) soll **die elektrolytische Behandlung bei organischen Harnröhrenveränderungen** alle andern Methoden übertreffen. Zur Behandlung kommen hierbei isolierte Metallbougies, die in liegender Position angewendet werden. Die positive Elektrode steht mit einem Schwamm in Verbindung, den der Patient in die Hand nimmt, die negative mit der Sonde. Die Einführung geschieht vor Schluſs des Stromes, die Stromstärke beträgt 10—15 Elemente und beginnt mit schwachen Strömen, die in jeder Sitzung um 1 Element verstärkt werden. Entzündliche Zustände müssen im allgemeinen als Kontraindikation gelten. Die einzelnen Sitzungen sollen 10—40 Minuten dauern. Lassar.

Verschiedenes.

Kokain gegen wunde Brustwarzen. Das Kokain hat im Vergleiche mit seinem Triumphzug auf den Gebieten der Ophthalmologie, Laryngologie, Rhinologie etc. in der Dermatologie erst geringe Verwendung gefunden. Bei subkutaner Applikation ist der Effekt nicht schlagend genug, um bereits die erprobte Wirkung des Äthersprays in Schatten zu stellen. Bei erhaltener Hornschicht ist die Wirkung aufgepinselter Lösungen zu schwach, um eine ausgedehntere Verwendung in Aussicht zu stellen. Genug, für die normale Haut ist die richtige Kokainapplikation noch nicht gefunden. Anders steht es bei offenen Wunden, Geschwüren, Fissuren, Ekzemen. Hier ist die schmerzlindernde Wirkung des Kokains nicht nur ebenso einfach und sicher zu erreichen wie auf den Schleimhäuten, sondern es konkurriert nebenbei noch eine leicht adstringierende, eintrocknende Einwirkung, welche nicht bloſs jede Reizwirkung ausschlieſst, sondern geradezu mit zur Heilung und Überhornung verwandt werden kann.

Eine ausgiebige Verwendung in diesem Sinne bei der Behandlung des Ekzems verbietet heute leider noch der hohe Preis. Dagegen ist est bei schmerzhaften Unterschenkelgeschwüren, als schmerzlinderndes Mittel auf geätzten Lupusflächen, bei fissurierten, schmerzhaften Ekzemen des Afters und Skrotums heute schon zu empfehlen.

Derartige Anwendungen werden wohl übsrall schon zur Zeit gemacht, möchten aber dem Mittel allein keinen dauernden Platz in der Dermatologie sichern. Dagegen scheint es mir bei einer kleinen aber äuſserst wichtigen Hautaffektion, dem rhagadiformen Ekzem der Brustwarze, ein wirklich unersetzliches Heilmittel zu sein. Es gibt wohl kein entzündungswidriges und schmerzlinderndes Mittel, keine von den neueren und neuesten Arzneiformen, die ich an schlimmen Brustwarzen solcher Mütter, die das Nähren durchaus fortsetzen wollten, nicht durchprobiert hätte. Es ist ja nichts leichter als eine wunde Brustwarze zu heilen, an der nicht oder nur sehr selten gesogen wird. Aber es war und blieb bis heute ein von vielen Zufällen abhängiges Kunststück, eine solche Heilung in schlimmeren Fällen auch bei regelmäſsigem Anlegen des Kindes zu erzwingen. Da tritt nun allerdings das Kokain wunderbar helfend ein. Ursprünglich von mir bloſs gegen die heftigen Schmerzen beim Ansaugen empfohlen, hat es sich hier als ein so eminent heilendes Mittel erwiesen, daſs

es alle andern Maßnahmen entbehrlich macht. Ich lasse alle zehn Minuten in der Pause von einem Nähren bis zum andren mit einer schwachen, $^1/_2$—$1^0/_0$igen Lösung die Brustwarze anpinseln. Das nächste Anlegen des Kindes ist dann bereits weniger schmerhaft, und so fort, bis nach 1—2 Tagen bereits die Schmerzen verschwunden sind und die Warze zugleich zur Heilung gelangt ist. Der bittere Geschmack des Mittels bildet für das Saugen der Kinder kein Hindernis, wie wir das ja schon von dem Gebrauch der Pikrinsäure wissen, und die Spuren, die etwa in den kindlichen Organismus gelangen könnten, würden, wenn man sie überhaupt in Betracht ziehen wollte, den dann gewöhnlich unruhigen Säuglingen eher nützen als schaden. Genug, das Kokain deckt hier einmal ganz allein so voll alle Desiderate der Behandlung, daß ich nicht zweifle, daß es bei dieser Affektion unser Hauptmittel werden wird.

Nebenbei sei das Kokain an dieser Stelle den Fachgenossen zur Behandlung schmerzhafter Fälle von Stomatitis mercurialis empfohlen. UNNA.

Inhalt: MAX BURCHARDT, Über Behandlung des Ekzems. — PULVERMACHER, Eine Familienepidemie von Pemphigus idiopathicus. — V. JANOWSKI, Über die Behandlung der Hautkrankheiten mit UNNAschen Salben- und Pflastermullen. — P. G. UNNA, Untersuchungsstuhl und Albokarbonlampe zu endoskopischen Zwecken. — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.** — **Verschiedenes.**

Spezial-Redaktion: für Original-Abhandlungen und Übersichten **Dr. Unna**; für Referate und Mitteilungen aus der Litteratur **Dr. Lassar.**

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Sendungen sind an einen der Herausgeber oder an die Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 18 zu richten.

Anzeigen.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Der Torfmoos-Verband

von

H. Leisrink, Dr. med. **W. H. Mielck** und **S. Korach.** Dr. phil. Dr. med.

Mit 3 Abbildungen. gr. 8. VI u. 43 S. Preis 60 Pfennig.

Verbrennen und Begraben

bei unsern Vorfahren.

Von

Dr. E. Rautenberg.

Herausgegeben auf Veranlassung des Vereins für Leichenverbrennung in Hamburg.

gr. 8. 58 S. 1885. Preis 75 Pfennig.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg

Hierzu eine litterarische Beilage von URBAN & SCHWARZENBERG in Wien.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 3. März 1885.

An die Leser der Monatshefte!

Herr Dr. O. Lassar ist aus der Redaktion dieser Zeitschrift ausgeschieden. Die Fortführung der Monatshefte für Praktische Dermatologie erleidet hierdurch keine Änderung. Dieselben werden fortan unter Mitwirkung des Herrn Dr. H. von Hebra von Herrn Dr. P. G. Unna redigiert.

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Zusendungen sind an einen der letztgenannten Herren oder an die unterzeichnete Verlagsbuchhandlung zu richten.

Hochachtungsvoll

Hamburg, März 1885.
Hohe Bleichen 18.

Leopold Voss.

Aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten zu Bonn.

Über Lupuskarcinom.

Von

Dr. Jos. Schütz,

Assistenzarzt.

Die Erkrankungen der Haut, bei welchen die Erscheinungen von Lupus und Karcinom auf gemeinsamem Boden auftreten, sind ihrem histologischen Bau zufolge verschiedenartiger Natur und demgemäfs unter mannichfacher Benennung in der Litteratur aufgeführt. Abgesehen von denjenigen Lupusformen, welche wegen ihres tiefen Umsichfressens und rascher Destruktion lediglich klinisch den Eindruck maligner Neubildungen erregen, läfst sich die grofse Mehrzahl solcher Fälle, wie es bereits von Lang (1) geschehen ist, gruppieren in: 1. Karcinombildung auf Lupusnarben und 2. Karcinombildung auf floridem Lupusgewebe. Erstere Art scheint häufiger als die zweite vorzukommen; beide sind indessen immerhin selten, so dafs vorhandene Fälle, welche einer längeren klinischen Beobachtung unterlagen, der Veröffentlichung wert erscheinen.

Die Bildung von Karcinom auf Lupusnarben ist insofern nichts Merkwürdiges, als die Entwickelung von Epithelialkrebs auf Narben überhaupt — ungeachtet der grofsen histologischen und physiologischen Verschiedenheit beider Gewebsformationen — nicht so selten vorkommt (cf. 2). So ist die Entstehung von Krebs auf ausgedehnten Verbrennungsnarben namentlich der Gesichtshaut eine nicht zu seltene Erscheinung. Ebenso wird Karcinom auf irritierenden Narben von langwierigen Unterschenkelgeschwüren gesehen (3 u. 4). Wenn aber die Entwickelung von Karcinom speziell auf Lupusnarben stets ein besonderes Interesse hervorrief, so lag dies einerseits in der relativen Häufigkeit, mit welcher bei dem Narbenkarcinom Lupusnarben als Matrix figurierten, anderseits darin, dafs das Vorkommen von Epithelialkrebs gerade auf einer Lupusnarbe einen Zusammenhang zweier bösartiger Geschwulstformen nahelegte, deren verschieden gedeutete zellige Natur schon an und für sich die Aufmerksamkeit der Histologen fesselte.

Zu den Fällen, welche eine Entstehung von Epithelialkarcinom auf Lupusnarbengewebe aufweisen, gehören zunächst die beiden Fälle, welche Devergie (5) beschreibt. Ferner scheinen auch die Krankheitsfälle hierhin zu gehören, welche Wenk (6) in seiner Dissertation angibt, und von denen er vier vorführt. Weitere Beispiele liefern die beiden Fälle, welche Heine (7) gelegentlich der Diskussion über W. Buschs epitheliomartige Formen des Lupus

erwähnt. Ferner sah LANGENBECK (8) dreimal auf jahrelang vernarbtem Lupus schliefslich Karcinomentwickelung. Von 6 Fällen ferner berichtet ESMARCH (9); es befand sich fünfmal die auf lupösen Narben sich entwickelnde Karcinomwucherung im Gesicht.

Ein Fall von Karcinom auf Lupusnarbe aus der Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten zu Bonn, welchen ich den vorigen anzureihen habe, entspricht den analogen in der Litteratur verzeichneten Fällen.

Er betrifft einen seit früher Kindheit bestehenden Gesichtslupus, der schliefslich mit straffer Narbe heilte und dort nach jahrelanger Benarbung Karcinombildung erfuhr.

MICHAEL B., 47 J. alt, bekam im 4. Lebensjahr 3 Knoten auf der Stirne. Der mittlere, oberhalb der Nase gelegene, liefs sich durch Kataplasmieren eröffnen, die beiden andern, über der linken Augenbraue gelegenen, wurden mit dem Messer eröffnet. In diesen drei Stellen zog später die Haut sich ein durch Verwachsung mit dem Knochen. Im 6. Lebensjahr des Patienten trat am rechten äufseren Augenwinkel Rötung und Schwellung auf, welche ebenfalls mit narbiger Retraktion heilte. Fünf Jahre später entstand am rechten Ohr eine Entzündung; die Ohrmuschel eiterte; es bildeten sich Krusten auf derselben; das Ohrläppchen wurde allmählich durch Ulceration zerstört. Erst in den 6 letzten Jahren entstand der Ausschlag auch auf der ganzen rechten Gesichtshälfte, der rechten Halsseite und dem Nacken. Im letzten Jahre griff die Erkrankung auf den Nasenrücken, die Umgebung des rechten Auges, sowie die Stirn über. Im September 1882 entwickelte sich in der rechten Parotisgegend an vernarbter Stelle eine exulcerierende Geschwulst, die rasch wachsend sich vergröfserte.

Bei der Aufnahme, 27. Februar 1883, des im übrigen im besten Wohlsein befindlichen Patienten zeigte die Stirn an der glabella eine tiefe, mit dem Knochen verwachsene Narbe. Zwei fernere kleine narbige Retraktionen befinden sich an der Stirn über dem linken Auge. Die ganze rechte Gesichtshälfte erscheint gerötet, mit Knötchen durchsetzt, sehr hypertrophisch, stellenweise mit Schuppen und Borken bedeckt. Ähnliche Verhältnisse zeigt die rechte Seite des Halses. Mitten in den geröteten Partien sieht man vernarbte Stellen. Vorn über dem Kehlkopfe, sowie gerade hinten im Nacken befinden sich stark hypertrophische, gerötete Hautstellen. In der rechten Parotisgegend, umgeben von lupösem, narbigem Gewebe, sitzt eine 1 dm lange und 7 cm breite Geschwulst. Dieselbe ist mäfsig erhaben, steilrandig, drüsig zerklüftet, unregelmäfsig begrenzt, von derber Konsistenz. Dieselbe erstreckt sich auch auf das rechte Ohrläppchen, sowie den Ohrknorpel bis zum äufseren Gehörgang. Keine Lymphdrüsenanschwellung, keine Schmerzen.

Die mikroskopische Untersuchung eines entfernten Stückes der Geschwulst der rechten Parotisgegend ergab: Weiches Karcinom mit grofsen Zellnestern; die Epithelien weich, protoplasmatisch; nur ganz spärliche Verhornung der Epithelien; in dem bindegewebigen Gerüst Umwandlung zu Spindelzellengewebe.

Die Geschwulst wurde exstirpiert; von einer Plastik wurde wegen der narbigen und lupösen Umgebung Abstand genommen; der Geschwulstboden wurde mittels Thermokauters tief ausgebrannt. Unter aseptischem Verbande, später unter Karbolwasserumschlägen schossen gesunde Granulationen auf. Unter gleichzeitiger Behandlung des Lupus trat innerhalb drei Monaten Vernarbung an allen Stellen ein, so dafs Patient als geheilt entlassen werden konnte. Soviel verlautet, soll Patient bis jetzt sich wohl befinden und nur noch Emplastr. Hydrargyri zur Verschönerung seiner Narben anwenden.

Bei der relativen Häufigkeit, mit welcher Karcinom gerade Lupusnarben befällt, könnte man nach einer spezifischen Ursache suchen, welche bei Lupusnarben die Entstehung von Karcinom begünstige. Der histologische Bau der lupösen Narben, welcher von demjenigen andrer Narben durch nichts sich unterscheidet, liefert hierfür keine Anhaltspunkte. Im Gegenteil kann man aus dem ebenfalls häufigen Vorkommen bösartiger Epitheliome auf den genetisch verschiedenartigsten Narben schliefsen, dafs die Entwickelung von Karcinom auf ehemaligem Lupus für die Lupusnarbe nichts Spezifisches abgibt, sondern dafs langdauernde entzündliche Reizung, wie sie durch zerrende Narben (Langenbeck [10]), durch überfliefsendes Sekret (Lewin [10]) u. dergl. hervorgerufen wird, der Grund ist zur epithelialen Wucherung und malignen Ausartung des Narbengewebes.

Die zweite Art, in welcher Kombinationen von Lupus und Karcinom vorkommen, besteht in dem Hineinwuchern von Epithelkrebs in florides Lupusgewebe.

Nachdem die Ansicht Rindfleischs (11) von der epithelialen Natur des Lupus nur für den L. erythematosus als zutreffend sich erwiesen hat, gilt infolge Virchows und Auspitz' (12 u. 13) Klarlegungen der echte Lupus Willani seiner zelligen Natur nach zum Bindegewebe gehörig. Die noch streitige Genese dieser bindegewebigen Elemente sei hier nicht berührt; jedenfalls sieht man bei den jüngsten Anlagen des Lupus unter normaler Hornschicht, normalem Rete Malpighii und Papillarkörper mitten im Corium um erweiterte Gefäfse runde nestartige Infiltrationen von kleinen, runden, grofskernigen Zellen, wie sie im Granulationsgewebe angetroffen werden. Diese jüngsten Stellen lupöser Erkrankung zeigen das wahre Wesen des Lupus. Gerade in ihnen werden mit Vorliebe die als Erreger des Lupus betrachteten Tuberkelbacillen gesehen. Alle weiteren

Veränderungen, welche im Laufe seiner Fortentwickelung der Lupus erfährt, bez. erfahren kann, sind sekundärer Natur, so insbesondere die Veränderungen, welche die Epithelschicht bei entwickeltem lupösen Prozefs mehr oder weniger jedesmal erfährt. Letzteres erhellt schon aus dem äufserst verschiedenen Verhalten, welches diese Hautschicht beim lupösen Prozefs annimmt.

Wie bereits erwähnt, liegt über den jüngsten Lupusknötchen oft vollständig normal entwickelte Epidermis. In älteren Stellen dagegen erscheint in einer grofsen Zahl von Fällen die das lupöse kleinzellige Gewebe überdeckende Schicht des Epithels dünner als unter normalen Verhältnissen, gewissermafsen durch die sich ausbreitende kleinzellige Infiltration des Coriums arrodiert, Zustände, welche bei der ulcerösen Form des Lupus, beim eitrigen Zerfall oberflächlich liegender Lupusknötchen bis zum stellenweise vollständigen Fehlen des Epithels sich steigern können. In einer andren Zahl von Fällen geht, wie Friedländer (14), Waldeyer (15), Thoma (16) u. a. es schon ausgesprochen, das Epithel Wucherungen verschiedenen Grades ein, was nach Kaposi (17) um so leichter geschehen kann, als das morsche, hinfällige Lupusgewebe diesen Vorgängen nur geringen Widerstand entgegenzusetzen im stande ist. Die regelmäfsig nebeneinander stehenden unverzweigten Retezapfen können sich enorm verlängern, so dafs sie wie lange, schmale Säulen die über ihnen liegende Hornschicht zu stützen scheinen. Häufig werden die Retezapfen nicht nur nach der Tiefe, sondern auch der Breite nach umfänglicher, teilen sich buchtig an ihrem kolbigen Ende, entsenden förmliche Ausläufer und lassen auch letztere mit benachbarten zu grofsen Lagen epithelialer Zellen konfluieren. Solche Lupusformen gewähren auch makroskopisch das Bild papillärer Wucherungen und werden daher oft als Lupus papillosus bezeichnet. Gehen diese Wucherungen des Epithels mit Verhornungsprozessen einher, bilden sich die bekannten zwiebelschalig geschichteten Kugeln von Epithelzellen, so wird eine solche Geschwulst mit Recht epitheliomartig genannt werden können. Finden sich weiche, protoplasmatische, proliferationsfähige Epithelien in den Epithelschläuchen zu Nestern vereinigt, so ist pathologisch-anatomisch an dem Charakter eines echten Karcinoms nicht zu zweifeln, und müssen auf lupösem Untergrund wachsende Geschwülste dieser Art als eine Mischung von Lupus und Karcinom angesehen werden.

Entwickelung von Epitheliom bez. Krebs auf floridem Lupus wurde u. a. beschrieben von O. Weber (18), Hebra (19), Volkmann (20), W. Busch (21), Lewin (22), Lang (23), Thoma (24), Kaposi (25), H. Hebra (26).

Auch mir stehen zwei Fälle dieser Art zu Gebote, welche in der Bonner Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten zur Kognition kamen.

Der erste derselben betrifft einen jnngen Menschen von 22 Jahren, welcher am 22. Juni 1883 aufgenommen wurde. Patient bekam angeblich im achten Lebensjahr eine Drüsenschwellung an der rechten Halsseite, die in Eiterung überging. Der Abscefs wurde eröffnet, die Schwellung wurde rückgängig, die Wunde heilte. Später schwoll indes die Drüse nochmals an; gleichzeitig bildeten sich an derselben Stelle Knötchen in der Haut, welche ulcerierten und zu den jetzt bestehenden Neubildungen sich heranbildeten. Vor vier Jahren entstand auch an der rechten Hand Knötchenbildung. Nach und nach griffen die Wucherungen unter Zerfall und neuer Knötchenbildung um sich und befielen, inselförmig auffretend, die ganze Streckseite des rechten Unterarms und den unteren Teil der Streckseite des rechten Oberarms. Im linken Auge entstand vor drei Jahren eine gerötete, erbsengrofse Geschwulst am inneren Augenwinkel, welche Thränen des Auges zur Folge hatte.

Bei der Aufnahme des Patienten war der rechte Handrücken, die Streckseite des ganzen rechten Unterarms, sowie die Ellenbogengegend des rechten Oberarms besetzt mit inselförmig zerstreuten, halbe Hand breit sich in die Fläche ausdehnenden, weichen, teils trocken überhäuteten, teils exulcerierten, mit jauchigem Eiter bedeckten, dunkelrot glänzenden, mehrere Millimeter hohen Geschwülsten besetzt. Ähnliche Neubildungen fanden sich neben alten strangförmigen Narben an den beiderseitigen Kieferpartien, unter dem Kinn und an der rechten Halsseite. Am rechten Auge Dakryocystoblennorrhöe.

Die mikroskopische Untersuchung einiger von Hand und Arm excidierten Geschwulststücke zeigte eine sehr dichte, kleinzellige Infiltration des Corium mit zahlreichen Riesenzellen. Nach Kochscher Methode gefärbte Mikrotomschnitte wiesen vereinzelte Tuberkelbacillen auf. Das Epithel zeigte ein mannichfach wechselndes Verhalten. Während an einigen Stellen die kleinzelligen Infiltrationen sich durch das Rete Malpighii bis unmittelbar zur Hornschicht vorgedrängt hatten und somit die Epidermis einen beträchtlichen Teil ihrer Höhe einbüfste, wucherten an andern Stellen die Retezapfen mächtig in die Tiefe, verbreiterten sich, konfluierten und bildeten so grofse Lagen epithelialer Zellen. In diesen sah man in verschiedener Tiefe einzelne zerstreut oder auch zu mehreren zusammen liegende grofse Nester grofser Epithelzellen, wie sie dem Karcinom zukommen. In einzelnen grofsen Mikrotomschnitten, welche zu Übersichtsbildern angefertigt wurden, war es besonders interessant, den Übergang vom reinen Lupus zum Lupuskarcinom zu beobachten. In diesen sah man, wie zunächst die Wellenlinie der Papillen in steileren Bogen und schrägem Abfall dahinzog, während gleichzeitig Hornschicht und Rete Malpighii an Mächtigkeit mehr und mehr zunahm. Der Verbreiterung der Epidermis

folgend trat dann der Reihe nach auf: Verdickung der Retezapfen, gabelige Teilung derselben, in ihren kolbigen Enden und Ausläufern hier und da eine Epithelperle, schliefslich unregelmäfsige Abgrenzung des Epithels gegen das Corium und Einlagerung zahlreicher Epithelnester in der enorm verbreiterten Epithelschicht.

Wiewohl pathologisch-anatomisch eine solche Geschwulst zum Karcinom gehört, blieb doch die klinische Bösartigkeit bei ihr bis jetzt aus. Dieser „epitheliomartige Lupus" verhielt sich nicht anders, wie gewöhnlicher Lupus; er heilte nach wiederholtem gründlichen Auskratzen und antiseptischer Nachbehandlung innerhalb mehrerer Monate an allen Stellen. Patient ist mit einem Recidive bis jetzt nicht wiedergekehrt.

Klinisch bösartiger erwies sich ein zweiter Fall. Er betraf eine am 14. Januar 1884 aufgenommene 56jährige Frau, welche seit 10 Jahren in der Gegend beider tubera frontalia einen Lupus serpiginosus je in der Gröfse eines Fünfmarkstückes hatte. Vor ungefähr einem Jahr begann ein Ausschlag am linken Nasenflügel mit Rötung, Knötchenbildung, geschwürigem Zerfall. Die Geschwüre wurden von einem Arzt mit rauchender Salpetersäure geätzt. Bald darauf entstand an der geätzten Stelle eine rasch wachsende Geschwulst, welche ebenfalls an ihrer Oberfläche geschwürig zerfiel.

Bei der Aufnahme zeigte sich aufser dem Lupus serp. der Stirn auf dem unteren Theil des Nasenrückens und der Nasenspitze auf geröteter Basis eine harte, etwas gestielte, rundliche, in der Form einer dicken Kirsche der Nase aufsitzende, an ihrer Oberfläche mit abgestorbenem Gewebe und schmutzigen Borken bedeckte Geschwulst.

Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Geschwulst ergab in (Pikrolithionkarmin-Orth) doppeltgefärbten Mikrotomschnitten unter einer sehr schmächtigen Hornschicht in einem bindegewebigen, mit kleinen Rundzellen durchsetzten Gerüste grofse Nester weicher, protoplasmatischer Epithelzellen. Die Randpartien zeigten reines typisches Lupusgewebe.

25. August 1884 erschien Patientin bereits mit einem Recidiv. Nach Exstirpation der recidivierten, zerklüfteten, wallartig umrandeten Neubildung der Nase — es wurde diesmal eine gröfsere Plastik nötig — ergab die mikroskopische Untersuchung, dafs in dem Geschwulstcharakter insofern eine Änderung eingetreten war, als die Bildung von Karcinomgewebe, von Epithelnestern im Verhältnis zum kleinzelligen Lupusgewebe vorherrschend erschien, ja an manchen Stellen nur reines Karcinomgewebe zu finden war.

Auch diesmal trat rasche Heilung ein, und ist bis jetzt von einem ferneren Recidiv nichts vernommen worden.

Die allgemein verbreitete Annahme, dafs Lupuskarcinom ausnahmslos rapid zur Krebsdyskrasie führe, scheint nach diesen Fällen

nicht immer einzutreffen. Das, was pathologisch-anatomisch unzweifelhaft zum Karcinom gehört, entbehrt mitunter der klinischen Bösartigkeit. Die Fälle, namentlich von Lupuskarcinom, welche man nach dem Vorgange W. Buschs als epitheliomartigen Lupus bezeichnen kann, geben keine durchaus schlechte Prognose, sondern können sich klinisch wie gewöhnlicher Lupus verhalten. Aber auch das Lupuskarcinom mit echten proliferationsfähigen Krebszellennestern kann mitunter, wie es auch beim Krebs vereinzelt vorkommt, langsames Wachstum zeigen oder nach operativer Beseitigung in Heilung übergehen.

Litteratur.

1. Lang, *Lupus und Carcinom.* (*Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis.* 1874. S. 165.)
2. Bögehold, *Über die Entwicklung von malignen Tumoren aus Narben.* (Virch. *Arch.* Bd. 88. S. 229.)
3. Esmarch, *Aphorismen über Krebs.* (*Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chirurgie.* 6. Kongrefs 1877. S. 199.)
4. Volkmann, *Samml. klin. Vortr.* 1870. No. 13. S. 64. *Über Lupus und seine Behandlung.*
5. Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau.* Paris 1863. p. 543.
6. Wenk, *De exemplis nonullis carcinomatis epithelialis exorti in cicatrice post lupus excedentem relicta.* Kiel 1867.
7. W. Busch, *Über die epitheliomartige Form des Lupus an Extremitäten.* (*Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Chirurgie.* I. Kongrefs 1872. S. 17 u. 120.)
— — Langenbecks *Arch f. klin. Chirurgie.* 1873. XV. S. 48.
8. Diskussion in der Berl. med. Ges. Sitzungen vom 10. Januar, 3. u. 16. März 1875: Lupus und Epithelialkarcinom, vide: *Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis.* 1875. S. 477.)
9. vgl. No. 5. S. 199 ff.
10. vgl. No. 8.
11. Rindfleisch, *Lehrbuch.* 1872.
12. Virchow, *Geschwulstlehre.* Vorles. 20: *Granulationsgeschwülste.*
13. Auspitz, *Sitzungsber. d. k. k. Ges. der Wiener Arzte.* 1864.
14. Friedländer, *Über Epithelialwucherung und Krebs.* Strafsburg 1877. S. 17 und 59.
— *Untersuchungen über Lupus.* (Virch. *Arch.* Bd. 60. S. 15.)
15. Waldeyer, Virch. *Arch.* Bd. 55. S. 99.
16. Thoma, Virch. *Arch.* Bd. 65. S. 332: *Anatomische Untersuchungen über Lupus.*
17. Kaposi, *Über Combination von Lupus u. Carcinom.* (*Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syphilis.* 1879. S. 73.)
18. O. Weber, in Pitha-Billroth, *Lehrb. d. Chir.* II. Bd. II. Abteilung. I. Lfg. 1865.
— *Chirurg. Erfahrungen und Untersuchunyen.* Berlin 1859. S. 294.
19. Hebra, *Wien. med. Wchschr.* 1867. No. 3. Mit 2 Holzschn.
— *Lehrb. d. Hautkrankh.* 1876. Bd. II. S. 336.
20. vgl. No. 4.
21. vgl. No. 7.

22. vgl. No. 8; ferner *Berl. klin. Wchschr.* 1884. No. 3, sub Verhandl. d. Berl. med. Ges.
23. vgl. No. 1; ferner *Wien. med. Presse.* 1878. No. 6 u. 8.
24. vgl. No. 16; ferner VIRCH. *Arch.* Bd. 54.
25. vgl. No. 17; ferner KAPOSI, *Pathologie und Therapie d. Hautkrankh.* 1883. S. 664.
26. H. HEBRA, *Die krankh. Veränderungen der Haut.* 1884. S. 464.

Ein Fall von Akne varioloformis universalis mit tödlichem Ausgange.

Von

Dr. GRUNEWALD,
Assistenten am Jüdischen Krankenhause zu Berlin.

Mit 3 Abbildungen.

Unter Akne varioloformis verstehen die verschiedenen Autoren verschiedene Affektionen. Der erste, der den Begriff der Akne varioloformis aufstellte, war BAZIN. Er nennt so eine „hypertrophie crypteuse", die besonders im Gesicht, am Halse, der Brust, weniger häufig an den Genitalien, den unteren Extremitäten vorkommt. Sie stellt sich dar als kleine papel- und knötchenartige Hervorragungen, in der Gröfse eines Hirsekorns bis einer Kirsche, hart, bei Berührung nicht schmerzhaft, wenn sie nicht mit Entzündung kombiniert sind, mit einer Delle versehen, in der Farbe dem Wachsbleichen ähnelnd. Er betrachtet sie als durchaus skrofulöse Affektion.[1]

Von den deutschen Autoren wurde als Akne varioloformis oder frontalis eine Akneform bezeichnet, die hauptsächlich an der Stirn vorkommt und sich von der Akne vulgaris im wesentlichen nur durch ihr isoliertes Vorkommen gerade an dieser Stelle auszeichnet. Sie soll ferner häufig nur mit beträchtlicher Narbenbildung heilen. Die Lehrbücher (HEBRA, NEUMANN) legen dieser Akneform mit Recht eine nur unwesentliche Bedeutung bei.

Wir hatten Gelegenheit, im Laufe dieses Jahres eine eigenartige Hautaffektion zu beobachten, die man vielleicht als Akne varioloformis (nicht im BAZINschen Sinne) bezeichnen kann. Der tödliche Ausgang dieses Falles und die Ergänzung der Beobachtung durch die Sektion dürfte die Mitteilung an dieser Stelle rechtfertigen.

Der Auffassung der Krankheit als Akne varioloformis stimmte auch Herr Prof. KÖBNER, der die Güte hatte, den Patienten zu

[1] BAZIN, *Leçons sur la Scrofule.* II. edit. Paris 1861. pag. 159; 515—519. Prof. KÖBNER teilt mir mündlich mit, dafs BAZINs Akne varioloformis gleichbedeutend ist mit unserm Mollusc. contagiosum. BAZIN habe ihm selbst letztere Affektion als Akne varioloformis bezeichnet.

untersuchen, und Herr Dr. Lassar, der den Patienten eine Zeit lang poliklinisch behandelt hatte, bei.

Es handelt sich um den am 2. Oktober 1884 aufgenommenen 66 Jahre alten Zigarrenarbeiter H. A. aus Berlin, der seit 35 Jahren verheiratet, nie an Lues gelitten hatte, insbesondere auch gesunde Kinder gezeugt hatte. Er litt seit 20 Jahren an „starkem Auswurf“ ohne Husten, was ihn jedoch nicht absonderlich beschwerte. Im Dezember 1883, ein Jahr ungefähr vor der Aufnahme, bemerkte der Pat. zuerst einige stark juckende Blütchen auf der äufseren Seite des rechten sowohl wie des linken Oberschenkels. Die Knötchen vermehrten sich und bedeckten nach vier Wochen eine handtellergrofse Fläche; von dieser Zeit an nahm Pat. bis März auf Verordnung eines Arztes Arsentropfen. Das Exanthem breitete sich indessen gegen die Weichen aus. Anfang März bemerkte er es dann auch auf der Beugefläche beider Vorderarme. Gegen Mai traten eine Art asthmatischer Anfälle, die eine hochgradige Dyspnöe erzeugten, auf. Sie hielten 2 Wochen an, blieben anfangs konstant, traten in der letzten Woche in gegen 6stündigen Zwischenpausen auf und verschwanden dann, nachdem Pat. wieder 1—2 Flaschen Arsen bekommen. Auch besserte sich das Allgemeinbefinden, das in der letzten Zeit sehr gesunken war, wieder. Die Ausbreitung des Ausschlages fand aber keinen Stillstand; er breitete sich allmählich über den ganzen Körper aus und juckte den Pat. jetzt so stark, dafs er Tag und Nach keine Ruhe fand. Von Anfang Juli bis Ende September wurde er in der Poliklinik des Herrn Lassar behandelt. Er bekam dort zuerst gegen 60 Arseninjektionen, später, da der Verdacht der Lues sich aufdrängte, eine Anzahl Sublimatinjektionen.

Status am 2. Oktober 1884. Magerer, ziemlich gut gebauter Mann, von schwacher Muskulatur, ohne Paniculus adiposus, kränklichem Gesichtsausdruck.

Schleimhaut der Conjunktiva und besonders des harten und weichen Gaumens von enormer Blässe, fast weifs, Zunge wird ohne Zittern hervorgestreckt, mäfsig feucht, etwas belegt.

Die Haut des Pat. ist im allgemeinen von gelblich-weifsgrauer Pigmentierung, bildet reichliche Falten und läfst sich auch von ihrer Unterlage überall in schlaffen Falten leicht abheben. Sie zeigt an dem gröfseren Theile des Körpers stecknadelkopf- bis erbsengrofse Knötchen von blafsroter oder bläulichroter Farbe, die von härtlicher Konsistenz sind, sich schroff aus dem Niveau der umgebenden Haut erheben, auf Druck oder spontan nicht schmerzhaft sind, wohl aber zuweilen recht stark jucken. Sie tragen sämtlich auf der Spitze eine graubraune, dünne Borke, nach deren Abkratzen sich aus dem Knötchen ein Tropfen trüber, seröser Flüssigkeit entleert. Thorax und Bauch sind von diesen Knötchen in der Weise

besetzt, dafs kaum an einer Stelle ein Fleckchen normaler Haut zum Vorschein kommt, sondern Knoten an Knoten stöfst. Besonders gilt dies von Bauch und den unteren Partien der Brust, während die oberen Partien etwas spärlicher mit denselben versehen sind. Der vorderen Seite des Stammes stehen in bezug auf die Reichhaltigkeit an diesen Gebilden zunächst die Oberextremitäten. Von der Beugseite ist besonders der Vorderarm und die Gelenkgegend am reichlichsten besetzt, so dafs auf jeden □cm 1—2 Knötchen kommen, an der Streckseite ist nur die Gegend dicht um das Ellenbogengelenk mit diesen Knötchen versehen; die Knötchen haben an letzterer Stelle einen etwas abweichenden Charakter, sie sind kleiner, derber, wenig gerötet, von mehr mit der allgemeinen Hautfarbe übereinstimmender Farbe, sie tragen keine Borken mehr und man kann aus ihnen keine Flüssigkeit mehr entleeren. Sie stellen offenbar ein Stadium der Rückbildung dar und finden sich vereinzelt auch an andern Körperstellen.

Am spärlichsten ist der Rücken und die unteren Extremitäten mit den Knötchen besetzt; am Rücken sind sie nur vereinzelt, an den unteren Extremitäten zeigt nur die äufsere Fläche beider Oberschenkel einige floride Gebilde. An letzterer Stelle finden sich dagegen ziemlich reichlich auf einer ungefähr handtellergrofsen Fläche flache, weifse, rundliche Flecke, von höchstens bis Linsengröfse, die sämtlich von einem schmalen, bräunlichen Saum umgeben sind. Wir haben es in diesen Flecken offenbar mit narbigen Residuen vollständig rückgebildeter Knoten zu thun. Diese finden sich überhaupt auch an den andern Teilen des Körpers, etwas weniger reichlich zwar, als am Oberschenkel, am spärlichsten an der dicht mit floriden Produkten der Krankheit besetzten vorderen Seite des Stammes. Nur in der rechten Leistengegend ist eine Lymphdrüse bohnengrofs geschwollen, die übrigen Lymphdrüsen des Körpers zeigen sich nicht verändert. Die laryngoskopische Untersuchung ergab hochgradige Blässe der Schleimhaut des Kehlkopfes. Die Untersuchung der inneren Organe ergab keine wesentlichen Abweichungen von der Norm. Der gelb-bräunliche Urin wird in normaler Menge und normalem spez. Gewicht entleert. Er enthält eine geringe Menge Albumin. Die mikroskopische Untersuchung fördert spärliche hyaline Cylinder zutage. Die Arterien zeigten sich regide, etwas sklerotisch, der Puls war etwas klein, zwischen 70—90 Schlägen in der Minute, Temperatur abends 38,1, morgens 37,2.

Man konnte nach dem Krankheitsbilde nur zwischen zwei Annahmen schwanken, zwischen Lues und einer allgemeinen Akneform. Die Diagnose Lues liefs sich bald ausschliefsen. Der Charakter der Knötchen, ihre, wenn auch leichte Schmerzhaftigkeit auf Druck, das Jucken, die Sekretion serösen Fluidums, ferner das Fehlen der universellen Lymphdrüsenschwellung, der Umstand, dafs die Krank-

heit sich gegen Merkur refraktär verhalten hatte (letzterer war in der Lassarschen Klinik subkutan appliziert worden), ferner die ganze Vorgeschichte des Kranken, alles das liefs den Gedanken an Lues als unrichtig erscheinen. Wir hatten es demnach mit einer über den ganzen Körper verbreiteten Akneform zu thun. — Der weitere Verlauf der Krankheit fördert eigentlich keine neuen Momente mehr zutage. Trotz reichlicher Ernährung mit kräftiger Kost und trotz guten Appetits kam der Pat. allmählich mehr herunter. Wir versuchten anfangs ihn mit differenten Mitteln zu behandeln: wir verordneten gleichzeitig eine Einreibung von 10% Chrysarobinsalbe auf den linken Vorderarm und Graue Salbe für den linken Oberschenkel und Weichengegend. Die Anwendung des Merkur blieb fast ohne Wirkung. Die Knötchen wurden etwas flacher und blasser, jedoch nur so unbedeutend, dafs man den Erfolg ebensogut als zufälliges Accidenz betrachten konnte. Die Chrysarobinsalbe heilte zwar das Exanthem, jedoch nur unter der äufserst unangenehmen Zugabe einer schweren Dermatitis bullosa, bei der es bis zur Bildung von haselnufsgrofsen Blasen auf dem Vorderarm kam, die den Patienten in hohem Grade belästigten.

Bei der bestehenden Albuminurie und dem hochgradigen Kräfteverfall des Pat. wurde von einer eingreifenden Therapie abgesehen und der Pat. mit fettigen Einreibungen des ganzen Körpers und täglichem lauwarmen Bad behandelt. Innerlich bekam er ein leicht verdauliches Eisenpräparat in Gestalt eines Eisenwassers.

Eine Zeitlang verschlechterte sich der Zustand des Pat. jetzt nicht weiter, der Eiweifsgehalt nahm sogar ab und war gegen Mitte November ganz weg. Das Exanthem breitete sich dagegen konstant weiter aus, ergriff zunächst auch Nacken und Rücken, wo es allmählich einen hohen Grad von Ausbildung erreichte, trat von Anfang November auch im Gesicht auf, wo es die Nasolabialfaltengegend beiderseits einnahm, wurde auch in den oberen Extremitäten etwas reichlicher. Die unteren Extremitäten mit Ausnahme der schon oben angegebenen Stelle blieben dauernd frei. An Bauch und Brust blafste das Exanthem etwas mehr ab. Die Stirn blieb während der ganzen Dauer der Krankheit frei. Das Exanthem juckte noch ab und zu ziemlich stark, hielt aber keinen Vergleich mit der Intensität, die vor der Aufnahme ins Krankenhaus bestanden hatte. Der Patient fühlte sich subjektiv wohl und lobte vor allem den angenehmen Einfluss des Bades.

Die Temperatur war bis zu Ende November stets leicht febril, am Morgen zwischen 37—38°, Abendtemperatur zwischen 37,5—38,6°, der Puls stets regelmäfsig, klein, etwas hart, zwischen 70—100 Schlägen in der Minute. Die Urinverhältnisse boten seit dem Verschwinden des Eiweifses keine Abnormitäten mehr, der Harn wurde

in Quantität von 900—1200 ccm pro die mit einem spez. Gew. von 1013—1018 entleert.

Gegen Ende November nahm der Zustand des Pat. eine Wendung zum Schlimmern. Sein Appetit verlor sich, damit sein subjektives Wohlbefinden, er wurde ab und zu besinnungslos, verlor das Bewufstsein seiner Lage und seiner Umgebung. Die Nächte waren unruhig, fast ganz schlaflos. Diese Zustände steigerten sich bis einen Tag vor dem Tode und machten dann einem Coma Platz, in welchem Pat. bis zum Tode, 12. Dezember, verharrte. In den letzten 14 Tagen hatte man eine gewisse Rückbildung der Knötchen, besonders am Bauche und am Rücken bemerkt; ihr Turgor nahm ab, sie wurden blässer, die Sekretion, die sonst stets vorhanden war, blieb aus.

Sektion: (Herr Dr. Feilchenfeld). Hochgradig anämische, mittelgrofse, männliche Leiche. Unterhautzellgewebe fast ohne Fett. Muskulatur schön braunrot, mäfsig entwickelt. Die Haut ist von grauweifser Farbe und von einer Anzahl Knötchen besetzt, die an den verschiedenen Körperstellen verschieden entwickelt sind. Am reichlichsten finden sie sich am Rücken, in der Halsgegend bis zur Gegend des Gesäfses, wo auf 1 □cm 4—5 Knötchen kommen. Die Knötchen sind durchschnittlich etwa linsengrofs, von grauer oder lichtgrauer Farbe, tragen an der Spitze gröfstenteils ein kleines Krüstchen von eingetrocknetem Sekret. An dem Rücken sind die Zwischenräume zwischen den Knötchen durch Blut livide bläulich verfärbt.

An Bauch, Brust und den Extremitäten ist die Haut überall von grauweifser Farbe. An Bauch, Brust und der vorderen Halsgegend sind die Knötchen etwas weniger reichlich, als am Rücken. An den oberen Extremitäten auf der Streck- und Beugeseite je ca. 1 Dutzend Knötchen, die besonders um das Ellenbogengelenk herum ihren Sitz haben. Dieselben stellen sich hier als stecknadelkopfgrofse, derbe, weifsliche Knötchen dar. An der äufseren Fläche des Oberschenkels findet sich auf der Haut eine Anzahl etwa linsengrofser, weifser, glatter, etwas glänzender Flecke, die sämtlich von einem grauen Pigmentsaum umgeben sind.

Völlig frei von Veränderungen sind die Beugeseite des Vorderarmes und die der ganz unteren Extremitäten und die dicht behaarten Stellen des Körpers, ebenso die Stirn. In der linken Nasolabialfalte ein Kreis von etwa 6 Knötchen.

Die oberflächlichen Lymphdrüsen bieten nichts Abnormes. In der rechten Inguinalgegend zwei bohnengrofse, harte, auf dem Durchschnitt gleichmäfsig rötlichweifse Lymphdrüsen. Rippenknorpel zum Teil verknöchert, zum Teil asbestartig erweicht; in der Perikardialhöhle etwas seröse Flüssigkeit; parietales und viscerales Blatt des Herzbeutels durch einige leicht lösliche strangförmige Adhäsionen

verwachsen. Auf der Vorder- und Hinterwand des rechten Ventrikels je ein etwa markstückgroſser Sehnenfleck. Herzhöhlen reichlich mit dünnflüssigem Blute gefüllt, wenig Speckgerinnsel. Gewicht des Herzens 275 g. Maſse des Herzens:

vorn { von Abgang der art. pulm. bis zur Herzspitze 11 cm
{ gröſste Breite der vorderen Herzfläche . . . . . 12 „
hinten { vom sulc. circul. bis zur Spitze 10 cm
{ gröſste Breite . . . . . 10 „
Dicke der linken Ventrikelwand im Durchschnitt $1^3/_4$ cm
„ „ rechten „ „ „ $3^1/_2$ mm
Umfang der aorta an der Abgangsstelle 8,5 cm
„ „ pulmon. „ „ „ 8,0 „

Muskulatur schlaff, von blaſsroter, leicht gelblicher Farbe, linker Ventrikel bis zur Gröſse einer kleinen Faust dilatiert; Muskulatur kaum hypertrophisch. Endocardium glatt, glänzend, Mitralklappen zart; Aortenklappen zart; in der Aorta befinden sich dicht oberhalb der Klappen lange Streifen einer gelblichen Verfärbung der Intima, etwas höher ein markstückgroſser Fleck und einige etwa erbsengroſse prominente Stellen von knorpelicher Konsistenz.

Rechtes Herz: Vorhof und Kammer nicht erweitert. Papillarmuskeln kräftig, Endocardium glänzend, Klappen zart, glatt. Pulmonalis normal. Muskulatur etwas schlaff von blaſs-bräunlicher Farbe. Leichte Atheromatose der art. coron.

Lungen: Beide Pleurahöhlen enthalten einige Eſslöffel seröser Flüssigkeit. Pleura pulm. beiderseits verdickt, von etwas trübem Aussehen. In der rechten Lungenspitze ein Herd schiefriger Induration. In beiden Lungen zerstreut bis zur Haselnuſsgröſse Knoten von peribronchitischen Herden. Die Lungen sind blaſs, blutleer, gut lufthaltig.

Leber: 1770 g. 31 cm gröſster Querdurchmesser, 22 cm gröſster Längsdurchmesser, $7^3/_4$ cm gröſster Höhendurchmesser. Sie ist von mäſsig harter Konsistenz, hellbraun von Farbe.

Galle dunkel. Keine Gallensteine.

Milz: Kapsel glatt. 620 g. 21 cm lang, 13 cm breit, $6^1/_2$ cm hoch, beträchtlich vergröſsert, von derber Konsistenz, hochrot, auf dem Durchschnitt glänzend. Malphigische Körperchen deutlich sichtbar. Keine Amyloidreaktion weder mit Jod noch mit Methylviolett.

Nieren. Die linke 135 g. 12 cm lang, 7 cm breit, $2^1/_2$ cm hoch. Dieselben Verhältnisse zeigt ungefähr die rechte. Nicht vergröſsert, Kapsel leicht abziehbar, auf der Oberfläche von blaſsgelbroter Farbe, Stell. verh. stark injiziert, auch der Durchschnitt blaſs, glänzend, Rinde von normaler Breite, gegen die Marksubstanz scharf abgesetzt. Nierenzeichnung scharf und deutlich, Amyloidreaktion weder durch Jod, noch durch Methylviolett.

Mageninhalt besteht aus dünnflüssigen, weifsgelblichen Massen; Magenschleimhaut blafs an einigen Stellen rotbräunlich verfärbt. Am Darm nichts Abnormes. Blase enthält ein wenig Urin. Muskulatur nicht hypertrophisch; Prostata in ihrer Totalität gleichmäfsig etwas vergröfsert. Kehlkopf und Speiseröhre normal.

Schädel: Im rechten Scheitelbein eine etwa 50Pfennigstückgrofse, dunkelrote Verfärbung. An dieser Stelle ist der Schädel mit dem Meifsel leicht zu durchstofsen; die Substanz spongiös.

Gehirn: auffallend anämisch, von weifsglänzender Farbe, sehr feucht. Windungen normal und geringe Erweiterungen der Seitenventrikel.

Mikroskopische Untersuchung. Er werden Hautstellen von verschiedenen Regionen, von Bauch, Rücken, Armen und Oberschenkel der mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Die Veränderungen dieser Hautstellen makroskopisch einigermafsen different, lösten sich bei der mikroskopischen Untersuchung als verschiedene Stadien desselben Prozesses auf, an welchem aber nicht nur die Papeln, sondern in fast ebenso intensiver Weise die zwischenliegende makroskopisch normale Haut sich beteiligten.

Was zunächst die Papeln betrifft, so stellen sie sich auf den Durchschnitten als plateauartige Erhabenheiten von verschiedener Höhe dar. Die Erhebung ist gebildet vom Papillarkörper und der ihn bedeckenden Epidermis, sie umfafst eine Breite, die dem Raum von etwa 6—12 Papillen entspricht.

Auf dem senkrechten Durchschnitt bieten sie ein Bild, welches mehr oder weniger an die histolog. Struktur des Papilloms erinnert (Fig. 8 und 9). Papillarkörper und Epidermis sind durcheinander hindurchgewuchert, man findet kreisförmige, von Epithelbalken begrenzte Lücken, in denen das Bindegewebe des Papillarkörpers eingeschlossen ist. Diese Lücken sind stets sehr scharf begrenzt von einer ziemlich intensiv bräunlich gefärbten ein- oder mehrzelligen Schicht cylindrischer Epidermiszellen. Diese Färbung ist durch eingestreute gröfsere oder kleinere Körnchen bräunlichen Farbstoffs bedingt. Die Grenze der Epidermisdecke gegen den Papillarkörper ist eine recht unregelmäfsige, bald fast geradlinig, bald sehr zackig; Die unterste Schicht nehmen gewöhnlich eine oder mehrere Lagen spindelförmig-cylindrischer Zellen, durchsichtiges Übergangsepithel mit mäfsig grofsem, rundlichem Kern ein; sie gehen mit allmählichen Übergangsformen über in die cylindrisch-kubischen Formen des normalen rete Malpighi. — Es macht den Eindruck, als ob die gesamten Veränderungen der Epidermis durch die Wucherung der Übergangsepithelien bedingt seien, diese schieben sich als beträchtlich verdickte Lage zwischen die Epidermis und die Papillarkörper. Sie grenzen sich auch nach oben gegen die Epidermis deutlich ab; die normale Zeichnung der papillären Einstülpungen der Epidermis

in die Cutis ragt jetzt in diese Übergangszellen hinein und ist deutlich an der starken Pigmentierung zu erkennen. Dies schliefst natürlich nicht aus, dafs man mit starker Vergrößerung leicht den Übergang der Übergangsepithelien in die unteren Zelllagen des rete Malpighi konstatieren kann.

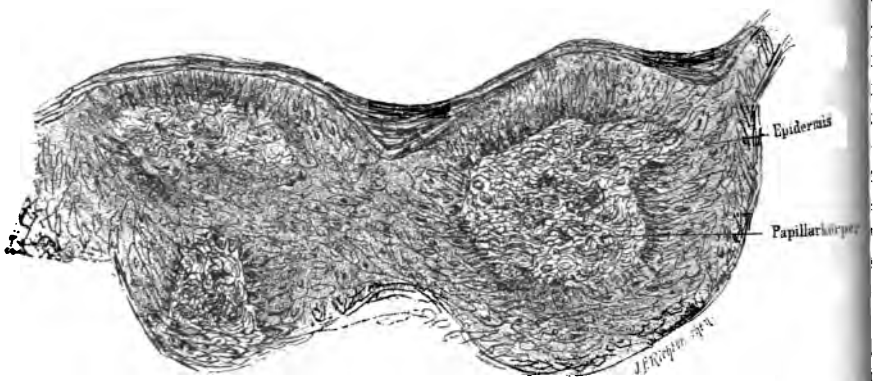


Fig. 8.

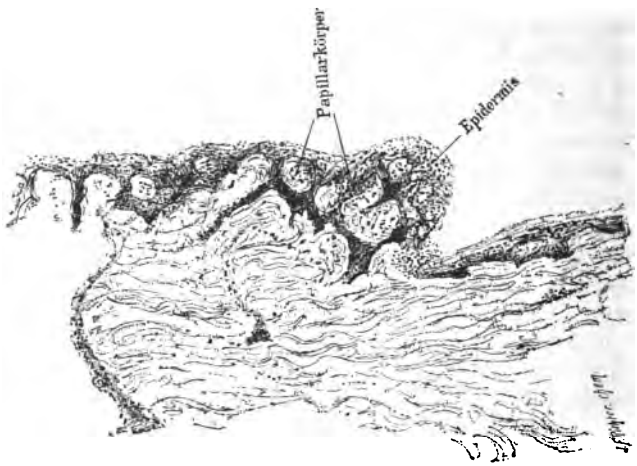


Fig. 9.

Doch auch der Papillarkörper ist offenbar gewuchert und zwar gegen die Oberfläche zu. Dies ergibt sich aus dem oben beschriebenen Netzwerk, welches Epidermis und Papillarkörper bilden. Später jedoch verschwindet aus diesen Lücken das Bindegewebe, an älteren Papeln wird es durch die wuchernden Epidermiszellen ersetzt. Man sieht hier ebenso wie oben ein durch stärkere Pigmen-

tierung deutlich hervortretendes Maschennetz von Epidermisbalken; die Lücken sind aber jetzt nicht mehr durch rundzellenhaltiges Bindegewebe, sondern durch Übergangsepithelien ausgefüllt. Es ist mir nicht ganz klar geworden, ob die Verdrängung des Bindegewebes durch Wucherung der Epithelialen des Balkensystems oder durch Emporwuchern der oben beschriebenen tiefen Übergangsepithellagen hervorgerufen worden. Ich möchte eher letzteres annehmen, da der durch den Pigmentgehalt bedingte Farbenunterschied zwischen Balkengerüst und Inhalt sehr auffallend bleibt. In dem Spätstadium der Papel verschwindet diese Differenz vollkommen. Die Epidermis bildet hier eine blockartige Erhebung, die sich meist ziemlich schroff gegen die Cutis absetzt und in der auch in den unteren Lagen des rete Malpighi die kubischen Zellen bei weitem vorwiegen, während bei den frischen Papeln Übergangs- und cylindrische Zellen das Gros bilden.

Das Endstadium des Prozesses bildet die Narbe (Fig. 10). Sie stellt sich bei schwacher Vergrößerung dar als schüsselförmige Depression der Haut, die nach beiden Seiten von einer wallartigen Erhebung der Epidermis begrenzt ist. Die Epidermis grenzt sich in der Narbe vollständig geradlinig gegen die Cutis ab, sie besteht im Zentrum der Narbe nur aus 1—2 Lagen kubischer Zellen, auf diesen liegt sofort die strukturlose Lamelle der Hornschicht auf; gegen die Peripherie der Narbe nimmt die Dicke der Epidermis etwas zu. Da, wo schon 4—5 Lagen Epithelien übereinander liegen, besteht die unterste Schicht aus cylindrischen Gebilden, über welchen sich 1—2 Lagen mehr schräg gerichteter kubisch-cylindrischer Zellen aufbauen, auf welch letzteren dann kubische Gebilde lagern. Im Epidermiswall der Narbe bemerkt man gegen 6—10 Zelllagen; die untersten erscheinen schon wieder als deutliche Übergangsepithelien, darauf folgt eine 3—4schichtige Lage länglicher, cylindrischer, mehr senkrecht gestellter Zellen mit großem, hellem Kern, darauf eine dünne Lage kubischer Zellen. Das Bindegewebe ist an diesen Stellen nur wenig verändert, zellige Infiltration fehlt ganz, die Fasern ziehen in wagerechter Richtung, und sind etwas zarter als an den andern Hautstellen; sie liegen ziemlich dicht zusammen.

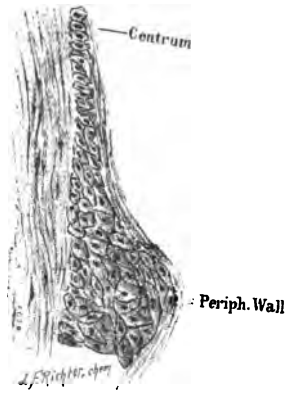


Fig. 10.

Auch diejenigen Hautstellen, welche nicht selbst Sitz der Knoten sind, sondern die scheinbar normale Brücke zwischen den Knoten bilden, sind Sitz hochgradiger Veränderungen, die besonders in der Epidermis ihren Sitz haben. Die normaler Weise ein so

regelmäfsiges Bild gebende Grenze zwischen Papillarkörper und Epidermis zeichnet sich durch grofse Unregelmäfsigkeit der Konturen aus. Die Epidermis wuchert in Form von Zapfen und Spitzen, deren Länge grofse Verschiedenheiten besitzt, oder auch in Form stumpfer, mehr keulen- und kesselförmiger Figuren gegen das Corium vor. Diese Stellen wechseln dann wieder ab mit ganz geradlinigen Grenzen, die sich oft über mehrere Papillenräume dahin erstrecken. Die Epidermis weicht an den Stellen, welche die Höhe der Papillen bedecken, nur wenig von der Norm ab, sowohl in bezug auf die Stärke des Zelllagers, als auf die Gestalt der Zellen. Dagegen variieren die intervallären Teile der Epidermis sehr an Mächtigkeit. Es gibt hier Stellen, in denen sie die doppelte Höhe der Norm erreichen, sich in der Breite über mehrere Papillarräume hinweg erstrecken. Andre mehr spitze erstrecken sich mit der vierfachen Länge gegen das Corium hin. In letzteren finden sich meist eine oder mehrere Perlkugeln.

Die langen Formen sind allgemein schmäler, die kürzeren breiter.

An einzelnen wenigen Stellen findet man eine solche Menge von Übergangsepithelien, dafs dadurch die Grenzen zwischen Epidermis- und Papillarkörper verwischt werden; sonst grenzt sich überall Epidermis und Corium scharf durch eine breitbasig aufsitzende Lage cylindrischer Zellen ab. Die Mächtigkeit der intervallären Fächer der Epidermis wechselt zwischen 3—5 und 12—15 Zellreihen. Die cylindrischen Elemente wiegen in der Zahl beträchtlich über die kubischen vor. Erstere erstrecken sich meist bis ziemlich dicht unter das strat. corneum, von welchem sie meist nur durch eine Lage von 2—3 Schichten kubischer Zellen abgegrenzt sind.

Der ganze Papillarkörper zeigt eine mäfsige Infiltration von Rundzellen; diese sind selten haufenförmig gelagert.

Die Gegend der Haarbälge zeigt keine besonderen Erscheinungen, wie sie doch bei der Akne vulgaris stets vorhanden sind. Unser Krankheitsprozefs ist in keiner Weise von den Haargebilden abhängig.

Die mikroskopische Untersuchung der übrigen Organe ergab nur in den Nieren noch bemerkenswerte Veränderungen, eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, die jedoch keinen hohen Grad erreicht. Die verbreiterten Interstitien sind ausgefüllt mit einem feinfaserigen, sehr wenig zellige Elemente haltenden Bindegewebe, das nur an äufserst wenigen Stellen eine solche Mächtigkeit erreicht, dafs bei Hartn. 7 Oc. 3 das halbe Gesichtsfeld nur Bindegewebe darbietet. Die Epithelien der Harnkanälchen weichen aber in Gröfse und Gestalt von der Norm nicht ab, auch die Glomeruli sind nicht verändert, sie füllen ihre Kapsel vollständig aus,

haben ihren normalen Kernreichtum, und das interstitielle Bindegewebe ist namentlich in ihrer Nähe sehr spärlich. Ich möchte deshalb diesem Befunde für die Charakteristik der Krankheit keine Bedeutung beilegen; sie erklärt aber die im Leben stattgehabte mäfsige Albuminurie.

Epikrisis: Der Name Akne ist für die Krankheit wohl nicht ganz passend, da ja von eitriger Entzündung des Haarbalges keine Rede ist. Auch von Papeln kann man wohl, besonders auch wegen der serösen Absonderung, nicht reden. Durch die Hinzufügung eines „varioloformis" erhält jedoch, wie mir scheint, der Name Akne genügende Präzision, da sich erstens klinisch die Knötchen wie die Effloreszenzen der Variola in frühem Stadium darstellen, und zweitens die vorzugsweise Beteiligung der Epidermis und die Netzwerkbildung derselben eine gewisse histologische Ähnlichkeit erkennen lassen.

Es fragt sich nun, ob wir es hier nicht mit einer durch Morb. Brighti komplizierten Akne cachecticorum zu thun haben. Dagegen ist einzuwenden, dafs alle für die Akne cachectic. nötigen klinischen Erscheinungen, die typische Gestalt eines Akneknoten, die starken Entzündungserscheinungen, Schmerz, Eiterung, ferner die mit dieser Krankheit stets einhergehenden skrofulösen Drüsenabscesse, hier fehlen. Auch die Bedeutung der Nierenaffektion scheint mir eine untergeordnete für die Auffassung des Falles; die Albuminurie war sowohl sehr gering als von kurzer Dauer; Menge und spez. Gewicht des Urins boten nie wesentliche Differenzen von den normalen Verhältnissen; es fehlte ferner jegliche Herzaffektion.

Wir müssen demnach die beschriebene Hautaffektion als eine Krankheit sui generis auffassen. Wodurch sie den exitus lethalis herbeigeführt, läfst sich wohl nicht bestimmt präzisieren; die Behinderung der normalen Hautfunktionen war wohl gerade in diesem Falle eine sehr geringe; wenigstens schwitzte der Patient oft und reichlich und klagte nur in der allerletzten Zeit ab und zu über Kältegefühl. Auch der relativ rasche Verlauf läfst die Krankheit in einem bösartigen Lichte erscheinen. Sie dauerte kaum 1 Jahr. Vorher ist der Pat. ganz gesund. Anfangs ist nur ein Knötchen am Oberschenkel da, sie vermehren sich dann, immer sehr allmählich; der Pat. wird $^1/_2$ Jahr hindurch von der Affektion kaum belästigt. Dann sinkt trotz guter Funktion des Magens und Darms die Ernährung, es tritt Albuminurie auf und nach Ablauf von weiteren 5 Monaten exitus lethalis.

Ich verfehle nicht, Herrn Prof. Sonnenburg für die gütige Erlaubnis zur Publikation des Falles meinen besten Dank abzustatten.

Über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Unnaschen Salben- und Pflastermullen.

Mitgetheilt von

Professor Dr. V. Janowsky,

klinischem Vorstande an der dermatologischen Klinik der böhmischen medizinischen Fakultät und Primar-Arzte des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Prag.

(Schluſs.)

Der Zinkoxydthymolsalbenmull in Form des zweiseitig gestrichenen Mulls fand eine ausgedehnte Anwendung bei Ekzemen und ersetzte uns vollkommen die Wilsonsche Salbe, welche wir sonst anwandten. Besonders erwiesen sich diejenigen akuten Ekzeme welche sich im Übergange in das chronische Stadium befanden, als besonders geeignet für diese Behandlungsmethode. An den unteren Extremitäten wurde gewöhnlich eine doppelte Schicht des zweiseitig gestrichenen Salbenmulls aufgetragen und mit Kalikotbinden fixiert. Will man ein Durchschlagen des Fettes verhüten, so genügt es die Salbenmulllagen mit einer dünnen Schicht Guttaperchapapier zu umwickeln und hierüber erst die Binden zu applizieren. — Als ein vorzügliches Mittel bewährte sich jedoch der Zinkthymolsalbenmull bei Ekzemen der Zirkumanalgegend, des Scrotums, der Nase bei skrofulösen Kindern, sowie des Ohres. Die Applikation dieses Mulles bei Ekzemen des Scrotums geschieht einfach in der Art und Weise, daſs ein paſsendes Mullstück mit einem entsprechenden Schlitz für den Penis ausgeschnitten und mittels eines geeigneten Suspensoriums fixiert wird. Hat sich das Ekzem beiderseits in die Genitokruralfalte erstreckt, so genügt es, das Salbenmullstück um die seitlichen Ränder des Suspensoriums einfach umzuschlagen und an die betreffenden Schenkelflächen anzupassen. Eingeschobene Wattebäusche verhindern das Ankleben an das Supensorium. Bei Ekzemen der Nase und des äuſseren Gehörganges ist es am besten, das Salbenmullstück leicht einzurollen und das andre Ende zu spalten; das eingerollte Stück wird dann in die Nase eingeführt, die gespaltenen Teile durch einen sanften Druck an der Nase und Oberlippe befestigt.

Ebenso gut bewährte sich uns der Zinkthymolsalbenmull bei jenen hartnäckigen Ekzemen der äuſseren Genitalien, wie sie so häufig mit oder ohne Pruritus vulvae, dann im Verlaufe von chronischer Blenorrhöe vorzukommen pflegen. Der Mull schützt die Haut gegen die stetige Bespülung mit Vaginalsekret und läſst sich mittels einer Binde sehr leicht fixieren.

Der Teerpflastermull fand seine Indikation in allen denjenigen Fällen, in welchen sonst die Teersalbe angewendet wurde. Gerade beim Teer, einem so vorzüglichen Heilmittel bei Hautkrankheiten,

zeigte sich in eklatanter Weise der Nachteil einer Applikation in Salbenform, welche eine ambulante Behandlung der vorliegenden Dermatosen unmöglich machte. Das Bestreben, durch Nachpudern verschiedener Streupulver sowie anderseits durch die Substitution der Tinct. rusci diese Nachteile zu korrigieren, war nicht von dem gewünschten Erfolge begleitet. Viel besser gestaltete sich die Anwendungsweise des Teers durch den Zusatz von etwas Wasser und Gelatine zum reinem Teer (Pix lipida 100, aq. destill. 80, Gelatinae albae 40 ist die Formel unsrer Klinik), wodurch man eine gleichmäfsige Teerdecke erzielen kann und auch die Fixierung desselben leichter von statten geht als bei andern Applikationsmethoden. Indes auch hier hat die Applikation des Teers den Übelstand, dafs trotz Trikotage sehr leicht eine Beschmutzung der Kleidungsstücke eintritt. Allen diesen Übelständen begegnet die Anwendung des Teerpflastermulls, welche die Applikation dieses Mittels auf beschränkte Gebiete gestattet, die Kleider schützt, einen innigen, stetigen Kontakt zwischen der Haut und der Teerschicht vermittelt und durch das hinzukommende Moment der Undurchlässigkeit ein mächtiges Adjuvans unsrer Therapie schafft. Was den Geruch anbelangt, so ist derselbe bei Anwendung des Teerpflastermulles doch nicht so penetrant, wie wenn man Teer selbst anwendet.

Der Essigsaure-Thonerdepflastermull kann überall dort angewendet werden, wo die Burowsche Lösung indiziert ist und wird sich daher bei oberflächlichen Entzündungen der Haut besonders auch im regressiven Stadium als passendes Deckmittel anwenden lassen.

Einer der jüngsten Mulle ist der Ichthyolsublimatpflastermull, welchen U. zur Behandlung des Lupus empfahl. Wir verwandten diesen Mull in zahlreichen Fällen, besonders dann, wenn es sich um ausgedehntere flache Lupusformen mit stärkerer Infiltration des zwischenliegenden Gewebes handelte, und waren mit den Erfolgen desselben ganz zufrieden. Auf eines jedoch müssen wir aufmerksam machen, nämlich, dafs man wegen heftiger Reizungserscheinungen zuweilen genötigt ist, auf einige Zeit von der Anwendung dieses Mittels Abstand zu nehmen, da sowohl die ursprünglich ergriffenen Stellen wie die umgebenden Gewebe diffus anschwellen und überhaupt Zeichen einer stärkeren Reaktion bieten. Besonders günstige Erfolge erzielten wir mit dem Ichthyolsublimatmull bei jenen alten Lupusformen, welche sich als Redicive an früher ergriffen gewesenen Stellen, ferner in Narbenzügen zeigten. Ebenso günstig gestaltete sich bei 2 beobachteten Fällen der Verlauf von Lupus erythematosus, wo Skarifikationen mit oberflächlicher Raklage nicht zum Ziele führten. Indes ist, wie gesagt, bei der Applikation dieses Mittels besonders im Gesichte in der Nähe der Augen, eine gewisse Aufmerksamkeit und stetige Kontrolle von Seite des Arztes dringend notwendig.

Der Jodoformgittermull, welcher seit 3 Monaten auf der Klinik und Abteilung in Verwendung steht, erwies sich bei venerischen Geschwürsformen an den Geschlechtsteilen und auch anderswo als vorzügliches Verbandsmittel, welches uns in vielen Fällen die Jodoforminspersion vollkommen ersetzte und welches sich auch deshalb empfiehlt, weil der unangenehme Jodoformgeruch hierdurch fast vermieden wird. Der Gittermull schmiegt sich sehr gut an die unterliegenden Gebilde an und es kann derselbe mehrfach geschichtet, namentlich bei Geschwüren an der Eichel oder am Innenblatte der Vorhaut, sowie bei Weibern an den Schamlippen auch insofern mit Vorteil angewendet werden, als durch die Schichten dieses Mulls die Autoinfektion viel besser vermieden wird, als durch die feine Lage des Jodoformpulvers. Der Jodoformgittermull findet bei uns auch Anwendung bei der Behandlung der Bubonen namentlich dann, wenn die Abscefshöhle sehr klein ist, wo es dann genügt, über den 2 bis 3fach geschichteten Jodoformgittermull ein Stückchen Klebemull zu applizieren, um einen Verband herzustellen, welcher den Kranken nicht hindert seinen Beschäftigungen nachzugehen (siehe oben).

Von den zweiseitig gestrichenen Salbenmullen wurde nebst dem schon erwähnten Zinkoxydthymolsalbenmull auch der Bleipflastervaselinesalbenmull in Anwendung gezogen. Es ist derselbe ein ganz geeignetes Ersatzmittel für jene Modifikation der altbewährten Hebraschen Salbe, welche Kaposi in die Therapie einführte nämlich Empl. Diachyl. simpl. mit Vasaline. Diese Komposition findet ihre Anwendung bei Individuen, welche, wie dies manchmal vorzukommen pflegt, insofern eine gewisse Idiosynkrasie für Fette haben, als sie auf die Applikation eines tierischen Fettes sofort mit gesteigerten lokalen Reizungserscheinungen antworten. Für diese Fälle eignet sich ganz gut die Kaposische Modifikation und nach dem bereits im vorhergehenden auseinander gesetzten Standpunkte der Bleipflastervasalinesalbenmull.

Der weifse Präcipitatsalbenmull und der Zinkoxydsalbenmull haben dieselben Indikationen wie die gleichnamigen Salben, eignen sich jedoch für eine konstante Applikation entschieden viel besser als die Salbenvehikel.

Wir schliefsen hiermit die Mitteilung unsrer Erfahrungen mit Salben und Pflastermullen, indem wir nochmals auf die grofse Bedeutung dieser Methode für die Therapie einer grofsen Reihe von Dermatosen hinweisen, und wir würden den Zweck, den wir mit derselben beabsichtigen, als vollkommen erreicht ansehen, wenn wir andre Fachkollegen, denen ebenfalls ein gröfseres Beobachtungsmaterial zur Disposition steht, zu ausgedehnten Versuchen dadurch angeeifert hätten.

Referate.

E. Voigt (St. Petersburg), *Über Komplikation von Herpes Zoster occipito-collaris mit schwerer peripherer gleichseitiger Facialisparalyse* (*St. Petersb. Medicin. Wochenschrift.* 1884. Nr. 45. September.)

Ein 44jähriger Arbeiter erkrankt, nachdem zwei Tage vorher Schmerzen am Hinterhaupt, in der linken seitlichen Halsgegend, in der Fossa auriculo-mastoidea und im Gesicht aufgetreten, an einer vollständigen und, wie der Verlauf zeigte, schweren linksseitigen Facialisparalyse. Schon gleichzeitig mit dem Auftreten der Schmerzen sollen einige kleine rote Flecke an den schmerzhaften Stellen sichtbar gewesen sein. Bei der Aufnahme in Remaks Poliklinik wurde nun an der erkrankten Seite eine frische Herpes-Eruption konstatiert, und zwar sowohl in einem Teil des Gebiets des dritten Astes des Trigeminus, nämlich in Unterkinngegend und auf der Wange, als auch im Gebiet des dritten Cervicalnerven: am Halse, oberer Nackenpartie und bis in die behaarte Hinterhauptgegend (Zoster occipito-collaris Bärensprung). Dabei in der linken unteren Gesichtshälfte im Bereich des Zoster relative Analgesie, unterhalb des Unterkieferrandes aber, wo die Effloreszens frischer zu sein schien, elektrokutane Hyperästhesie und Hyperalgesie.

Bei der Komplikation mit Facialisparalyse würde, wie Voigt mit Recht annimmt, hier auch für den Zoster ein neuritischer Ursprung, demnach für die ganze Erkrankung eine neuritische Affektion benachbarter Nerven verschiedener Funktion auf refrigeratorischer Basis wahrscheinlich sein. Nach den Arbeiten von Curschmann und Eisenlohr u. a fehlt es dieser Annahme ja nicht an anatomisch sichergestellten Belegen.

A. Eulenberg (Berlin), *Über Komplikation von peripherer Facialparalyse mit Zoster faciei.* (*Centralblatt für Nervenheilkunde* etc. 1885. Nr. 5.)

Eulenburg macht unter Bezugnahme auf den oben referierten Fall von Voigt auf einen ähnlichen aus seiner Privatpraxis, der in der Inaugural-Dissertation von P. David, *Kasuistische Beiträge zur Elektrodiagnostik* etc. Berlin 1884. veröffentlicht worden, aufmerksam.

Nachdem 5—7 Tage lang Schmerzen in der Ohrgegend vorangegangen, trat eine leichte Form peripherer Facialislähmung zugleich mit Herpes zoster auf; zuerst erschienen Bläschen vor dem linken for. stylomastoid und linker artic. mandibularis, dann in der seitlichen Halsgegend bis zur Mittellinie, nach hinten links oben an den Halswirbeln und ersten Dorsalwirbeln. Druckpunkte im Trigeminusgebiet, Druckempfindlichkeit des Facialisstamms, Sympathicus, der Dornfortsätze besonders des 3.—5. Halswirbels und der entsprechenden Querfortsätze links.

Eulenburg wirft die Frage auf, ob vielleicht trophische Nervenfasern, deren Reizzustand den Zoster hervorrufe, im Stamm des Facialis verlaufen, wobei allerdings noch die Schwierigkeit bestehe, dafs dieselbe Noxe sofort lähmend auf die motorischen, dagegen reizend auf die trophischen Fasern wirke.

Ernst Remak (Berlin). *Ein Fall von zentraler Gliomatose (Syringomyelie) des Halsmarks.* (Krankenvorstellung im Berliner Verein für innere Medizin, am 3. November 1884.) (*Deutsche med. Wochenschrift.* 1884. Nr. 47. September.)

Bei einem zur Zeit der Vorstellung 40jährigen Schlosser hatte sich, angeblich nach einer 1873 überstandenen Lungenentzündung, eine degenerative Muskelatrophie des linken Vorderarms und der Hand und eine partielle Empfindungslähmung, und zwar des Temperatursinns und der Schmerz-

empfindung bei leidlich gut erhaltenem Lokalisationsvermögen im Bereich der ganzen betreffenden Oberextremität ausgebildet. Dazu hatte sich im Mai 1884 eine akut unter heftigen Schmerzen und Anschwellung auftretende Schultergelenksentzündung gesellt, und waren Steifigkeit, Schmerz und Schwellung zum Teil noch vorhanden. Vorher, Weihnacht 1883, entstand auf der befallenen Seite eine grofse Blase in der Nackengegend, dann eine solche auf der Höhe der Schulter, darauf zwei später zusammenfliefsende auf dem Schulterblatt, endlich eine auf dem Oberarm, welche Blasen tiefe Geschwüre und dann Narben zurückliefsen. Es handelte sich demnach um eine Eruption von Blasen in der Verbreitungsweise eines Zoster cervico-brachialis.

Dafs Gelenkaffektion und Hautleiden trophoneurotischen Charakters sind, möchte keinem Zweifel unterliegen. Einen peripheren neuritischen Ursprung aber hält Remak bei der grofsen Ausdehnung der Sensibilitätstörung gegenüber der geringeren der degenerativen Muskelatrophie, sowie wegen der seit 1875 bestehenden fibrillären Zuckungen der nicht gelähmten und atrophierten und auch nach der elektrischen Untersuchung nicht degenerierten Schulter-Oberarmmuskeln für nicht recht möglich. Vielmehr mufs es sich um einen Prozefs in der grauen Substanz des Halsmarks und zwar sowohl der linken Vordersäule wie des linken Hinterhorns handeln.

Remak wagt es sogar, wie schon die Überschrift besagt, die anatomische Diagnose noch genauer zn stellen, indem er sich besonders auf eine i. J. 1882 erschienene Arbeit von F. Schultze (*Über Spalt-Höhlen- und Gliombildung im Rückenmarke* etc., Virch. *Arch.* Bd. 87) beruft.

Hamburg. Dehn.

Beitrag zur Lehre über die Genese der Horngebilde, von Dr. Brooke in Manchester. Brooke hat einige interessante Untersuchungen über die Nagelentwickelung bei menschlichen Embryonen vom 3. bis 6 Monate gemacht, welche wir hier in kürze referieren wollen. — Zwar hat Unna im ganzen die Hauptzüge der Entwickelung des Nagels dargelegt, indessen hat Brooke einzelne Stadien genauer festgestellt. — „Das früheste Auftreten des Nagels", sagt er, „steht nicht im Zusammenhang mit dem Beginne des Verhornungsprozesses, sondern derselbe ist nur eine Fortsetzung der Epidermis und Malpighischen Schichte der Oberhaut." Im Nagelfalze eines 9,5 cm langen Embryos will er die Ranvierschen Eleidinkörner „in verhältnismäfsig tropfenartiger Form" gesehen haben.

Erst im 6. Monate bemerkt man die eigentlichen verhornten Nagelzellen als eine sehr dünne Nagelschicht. „Nur vom Nagelfalze ausgehend erstreckt sich eine Schicht von Zellen, welche in der Richtung gegen die Fingerspitze verläuft, dieselbe erreicht, aber ungefähr in der Hälfte des Nagels gegen den Falz an Dicke abnimmt."

Er legt dieser Zellenschicht eine sehr grofse Bedeutung bei und parallelisiert sie mit den Hornzellen des Embryonalschnabels (Zabludowsky) und den von Waldeyer beschriebenen Zellen in Haaren und Federn. „Da die verhornten Gebilde im Schnabel verhältnismäfsig härter sind als in den übrigen Stellen der Haut, so sind auch die Zellen, welche die verhornte Masse des Nagels ausmachen, im embryonalen Zustande mit gröfseren tropfartigen Massen in ihrem Protoplasma versehen, als beispielsweise in der Epidermis, wo sie nur als kleine Körnchen vorhanden sind."

Er hat auch die Epitheldecke an Psoriasis-Schnitten untersucht und gefunden, „dafs in den Schichten der Epidermis und den der Malpighischen Schichten, bis inklusive der Stachelzellen, sämtliche Gebilde eine ähnliche tropfenartige Formation zeigten."

(Der Ref. möchte nur die Bemerkung hinzufügen, dafs sich die Eleidinkörner RANVIERS weder bei den nur einige Tage alten Kindern noch bei Erwachsenen in der Nagelmatrix finden.)

Christiania. G. GULDBERG.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

SIEDAMGROTZKY schildert (*Ber. ü. d. Vet.-W. i. d. Prov. Sachsen.* 1883. ref. n. *Fortschr. d. Med.* 1885. Nr. 1) einen **pustulösen Hautausschlag beim Hunde durch Rundwürmer veranlafst.** Jede Pustel enthielt 1—3 Exemplare der 0,04—0,7 mm langen und 0,01—0,025 im gröfsten Durchmesser breiten Parasiten. Die Wurmembryonen waren augenscheinlich von dem Stroh der Lagerstätte des Hundes aus in die Haarsäcke eingewandert.

RÄUBER (*Virchows Archiv.* Bd. 97. I) hatte Gelegenheit einen **Epileptiker** zu beobachten, dessen **Haare** mehrfach einige Stunden nach einem Unfall glanzlos und heller wurden und sich kräuselten; später fielen sie aus und wuchsen wieder glatt nach.

EUGEN FRÄNKEL demonstrierte im Hamburger ärztl. Verein (Nov. 1884) zwei verschiedene Reagensglaskulturen von Pilzen, die aus dem Sekret **infektiöser Kolpitis bei Kindern** gezüchtet waren. Impfversuche in den Konjunktivalsack führten zu keinem entscheidenden Resultat.[1]

Derselbe veröffentlicht seine Erfahrungen über **Sublimatenteritis** in *Virchows Archiv.* Bd. 99. 1885. Er kommt zu dem Schlufs, dafs Sublimat zwar das beste Antiseptikum aber mit grofser Vorsicht und in den schwächsten noch antiseptische Kraft besitzenden Lösungen anzuwenden ist.

DOUTRELEPONT hält mit KOCH den Lupus vulgaris für eine Form der Hauttuberkusose. In der *D. med. Wochenschrift.* 1885. Nr. 7 veröffentlicht D. einen Fall, in welchem 1/2 Jahr nachdem ein Lupus durch Auskratzung und Sublimatumschläge zur Heilung gebracht war, **tuberkulöse Meningitis** auftrat. Noch vor dem Tode wurden Tuberkelbacillen im Blut nachgewiesen.

C. PELLIZZARI in Siena beobachtete bei einem kachektischen Kinde ein tiefes **Hautgeschwür** der linken Wade, für dessen **trophoneurotischen Ursprung** der Erfolg der Behandlung spricht: dasselbe wurde nämlich durch Galvanisation des linken Beines in 14 Sitzungen geheilt. (Nach *Med. Centrztg.*)

HARNACK in Halle (*Berl. klin. Wochenschr.* 1885. Nr. 7) untersuchte den Urin bei zwei Fällen von **Jodoformvergiftung.** Selbst bei Anwendung geringer Mengen war im Urin mehr Jod nachzuweisen, als H. bisher jemals bei Vergiftungen am Menschen beobachtete; und zwar waren 4/5 der ganzen Jodmenge erst in der Asche nachweisbar. APPEL.

Amerika.

Gonorrhöe bei Frauen, von A. CURRIER (*New-York Med. Journ.* 1885. Jan. Die Diagnose der spezifischen Gonorrhöe ist immer möglich durch das SIMSsche Speculum und das Mikroskop. In den nicht infektiösen schleimigen Ausflüssen ist der NEISSERsche Gonococcus nicht nachzuweisen. Die rationelle Behandlungsmethode ist die antibakterielle.

[1] Mikroskopisch zeigten die Kolpitiskokken selbst für Prof. NEISSERs Auge keinen Unterschied vor den Gonokokken.

Tardy constitutional Syphilis nennt Dr. Bangs in der November-Sitzung der New-Yorker Clinical Society einen Fall, in welchem die ersten Allgemeinerscheinungen neun Jahre nach der Primäraffektion auftraten (sc. bemerkt wurden. Ref.). In derselben Sitzung wird ein Fall von augenscheinlicher **Unempfänglichkeit für Syphilis** mitgeteilt: Ein Ehemann bot fünf Jahre lang frische Symptome dar, ohne seine früher gesunde Frau und seine Kinder zu infizieren.

In *Medical News* berichtet R. J. Hall über fünf Fälle von **Hauttuberkulose.** Die Diagnose ist nicht allein durch den Nachweis der Bacillen sondern manchmal nur durch den klinischen Befund möglich. Er betont die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Scrophuloderma, Lupus verrucosus, Lupus papillaris. Appel.

England.

Über die **Behandlung von Hautkrankheiten mit Kokain** *(British Med. Journal.* 1885. Febr.) wird aus dem Hospital für Hautkrankheiten, Blackfriars, berichtet. Ein Fall von Lichen planus ohne Erfolg mit 4prozentiger Lösung behandelt. Ein zweiter Fall von nässendem Ekzem mit geringem Erfolg mit 5prozent. Fett eingepinselt. Die letztere Methode ist vorzuziehen.

Aus Sir Patrik Duns Hospital in Dublin wird ein Fall von **Herpes zoster bilateralis** mitgeteilt. An der linken Seite war es ein Z. cervico-subclavicularis, an der rechten Z. occipito collaris. Beide Seiten waren gleichzeitig befallen worden. (*Brit. med. Journal.* 1885. Jan.)

Herbert Stowers am North West London Hospital empfiehlt zur **Behandlung des Lupus** die Auskratzung in der Narkose, sorgfältige Entfernung alles Kranken, Ausbohrung der Löcher mit Höllensteinstift, dann Bedeckung mit in Karbolöl getauchtem Lint. — Derselbe hat **Hypertrophie der Nase bei Acne rosacea** in drei Fällen mit multiplen punktförmigen Skarifikationen beseitigt. Behandlungsdauer 7 Mon., 7 Mon., 5 Mon. Erster Fall: 15750 Punktionen in 15 Sitzungen. Zweiter Fall: 11150 Punktionen in 12 Sitzungen. Dritter Fall: 52200 Punktionen in 22 Sitzungen. (*Brit. med. Journal.* 1885. Jan.)

Tom Robinson empfiehlt in einem Vortrag über **Acne rosacea** 1. Berücksichtigung des Magens, kohlensaure Getränke. 2. Jeden Abend Einpinselung mit Hydrarg. bisulfur. in Glycerin gelöst. Wenn rechtzeitig begonnen, ist nie eine Operation nötig. (*Brit. med. Journal.* 1885. Jan.) Appel.

Forster berichtet über einen interessanten Fall von augenscheinlicher **Infektion durch den Foetus.** L. J. F., alt 30, ein gesunder Mann, wurde im September 1862 syphilitisch, litt an Halsbeschwerden etc., aber zeigte nach dem Frühjahr 1863 keine Erscheinungen von Syphilis mehr. Im Jahre 1865 heiratete er ein gesundes Mädchen, welche im April Geschwüre der Vulva zeigte und im Mai abortierte. Im Mai 1866 gebar sie ein typisch syphilitisches 7-Monatskind, welches nach zehn Wochen starb. Im Mai 1868 starb die Frau plötzlich während einer neuen Schwangerschaft. Im Mai 1872 heiratete L. J. F. zum zweiten male ein gesundes Mädchen. Im Juni war sie schwanger, litt an syphilitischer Angina, Papeln und Anämie. Im November gebar sie ein unreifes, kleines Kind, welches nach wenigen Stunden starb. Forster unterwarf nun beide einer Kur mit Hg und KJ, worauf die Frau sich erholte und mehrere gesunde Kinder nacheinander gebar. Im Januar 1881 erlitt L. J. F. einen schweren Fall, der ihn für einige Wochen ans Bett fesselte, und im Frühjahr begann er an rasch zunehmenden, ataktischen Beschwerden zu leiden, denen er im Herbste erlag. Das Interesse des Falles liegt darin, dafs er beweifst, dafs eine Infektion der, Frau noch nach langer Zeit durch einen Mann herbeigeführt werden kann, der obgleich infiziert, seit Monaten, resp. Jahren kein einziges Symptom der Syphilis aufgewieseu hatte. (*Lancet.* 1883. 9. Aug.)

Für messerscheue **Phimosis**patienten empfiehlt RICHMOND eine allmähliche Dehnung der Vorhaut (*Lancet.* 27. Sept. 1883) mittels zwei breiter Klingen, die in paralleler Lage durch eine Schraube voneinander entfernt werden können. Dieselben werden geschlossen unter die Vorhaut eingeführt, bis zu gelinder Dehnung auseinander geschraubt und zehn Minuten in dieser Lage erhalten. Wenn diese Prozedur zwei mal wöchentlich 4—6 Wochen hintereinander vorgenommen wird, läfst sich die Vorhaut über die Eichel zurückziehen.

ALLEN (*Lancet.* 15. Nov. 1883) empfiehlt **Froschhaut als ein vorzügliches Material zur Transplantation auf hartnäckige Geschwüre**, wo wie so oft, menschliche Haut nicht zu haben ist. Er legt die Streifen auf den Grund des Geschwürs und findet, dafs das menschliche Epithel proliferiert, wo es mit dem des Frosches in Kontakt kommt. Das letztere wächst nicht selbst, sondern wird vielmehr absorbiert, welche Thatsache A. als ein Argument zu gunsten von STRICKERS Theorie betrachtet, dafs zwischen den Geweben Geschlechtsverschiedenheiten existieren. Wie bei Bastardbildungen überwiegt der geschwächte Teil; daher die üppige Proliferation des menschlichen Epithels.

MALCOLM MORRIS (*Brit. med. Journal.* 15. Nov. 1883) sieht in dem **Chloroform** das beste Vehikel für Thymol, Borsäure, Salicylsäure, Sublimat in Fällen von **Herpes tonsurans capitis.** Es dringt tief ein und bildet keine Nährboden für Pilze wie die Fette. M. rät aufserdem aus Furcht vor Weiterverbreitung des Übels auf dem Kopfe von Waschungen des Kopfes ab. BERNARD (ebenda. 22. Nov. 1883) hingegen hat allein von konsequenten Seifenwaschungen Heilungen des Übels gesehen.

ISDELL (*Med. Tims and Gaz.* 1885. 15. Nov.) berichtet einen merkwürdigen Fall von **Wiederkehr der Haarfarbe bei einem Greise.** I.s Vater war 1861 im Alter von 62 Jahren ganz grau. Als derselbe 1882 im Alter von 83 Jahren starb, hatte das Haar bis auf einige graue Haare an den Schläfen vollständig die Jugendfarbe wieder angenommen. Genaueres über die Zeit der Veränderung wird nicht angegeben.

SHEARER (*Lancet.* 1883. 9. Aug.) empfiehlt trocknen gepulverten **Lehm** mit Heftpflasterstreifen befestigt als ein vorzügliches **Heilmittel schwacher Geschwüre**, deren Granulationen unter Salben zu Grunde gehen.

SHOEMAKER (*Lancet.* 1883. 2. Aug.) teilt seine Erfahrungen über die Anwendung von **Jequirity** bei Lupus, Epitheliom und gewissen Geschwüren mit, die eine Analogie zu trachomatösen Bindehäuten zeigten. Er stellt seine Lösung folgendermafsen dar: 200 g der Bohnen werden enthülst, gestofsen und 24 Stunden eingeweicht, darauf wieder in den Mörser gethan und zu einer weichen Paste verrieben. Mit Zusatz von 800 g Wasser wird eine Emulsion erzielt, welche, auf das Geschwür gepinselt, alsbald Rötung und Entzündung mit reichlicher Eiterung hervorruft. Die Jequiritymasse trocknet auf dem Geschwüre zur Kruste ein, die nach 24 Stunden den darunter gebildeten Eiter durchläfst. Der Prozefs dauert 5—6 Tage; wenn die Kruste dann nicht von selbst abfällt, mufs sie mit Wasserumschlägen abgeweicht werden und soll sodann gesunde Graunlationen darunter aufweisen. Fehlen diese noch, so mufs die Prozedur erneuert werden. Das Mittel ist übrigens mit Vorsicht anzuwenden, da es einige Male schwere Symptome, heftige erysipelatöse Entzündungen und Fieber zur Folge hatte. Als Beispiele gibt SHOEMAKER fünf Fälle aus seiner Klinik: 1. Mann von 32 Jahren; syphilitische Ulceration des Beines von langer Dauer, in zwei Wochen geheilt. 2. Mädchen von 17 Jahren; skrofulöses Geschwür des Nackens ohne Heiltrieb; am Ende der ersten Woche wurde eine zweite Applikation nötig, am Ende der zweiten heilte die Wunde zu. 3. Frau von 40 Jahren; alter Fall von exulceriertem Lupus der Nase; komplete Vernarbung in drei Wochen. 4. Mann von 43 Jahren; epitheliale (sic!) Ulceration auf dem Handrücken; Hei

lung nach Abfall der vierten Kruste. 5. Frau von 45 Jahren; verzweifelter Fall von ulcerierendem Lupus beider Gesichtshälften, der seit Jahren mittels Ätzen, Schaben und Brennen behandelt war. Die Jequirity-Emulsion verursachte auf den bedeutenden Granulationen eine sehr heftige Entzündung; als die 5. Kruste abfiel war die Oberfläche ganz geheilt.

Clement Lucas (*Lancet.* 1884. 4. Okt.) benutzt die in Kinderhospitälern so reichlich vorhandenen **Vorhäute von Kindern als Transplantationsmaterial.** Er legt die Schnittchen brückenweise über das Geschwür, bedeckt sie mit in Bleiwasser getränktem Lint und einem Stück Guttaperchapapier, welcher Verband 4—5 Tage liegen bleibt. Die Erfolge sollen sehr gute sein. Die Vorhaut in Guttaperchapapier gewickelt hält sich gut bis eine Stunde nach der Excision.

Lowndes (*Lancet.* 1884. 11. Okt.) gibt den **Sitz des harten Schankers** in 400 eignen Fällen folgendermafsen an:

Innere und äufsere Seite der Vorhaut ...	166 mal
Vorhaut, Sulcus und Corona	37 „
Penis (resp. Vagina)	32 „
Vorhaut und Sulcus	31 „
Sulcus allein	29 „
Meatus	17 „
Glans	13 „
Frenulum	9 „
Corona	7 „
Sulcus und Corona	7 „
Vorhaut und Eichel	7 „
Scheide und Vorhaut	5 „
Vorhaut und Frenulum	5 „
Sulcus und Eichel	4 „
Andre Stellen, meist multilokulär	33 „

Crocker (*Clin. Soc.* London. 1884. 10. Okt.) teilt den Fall eines 4½ monatlichen Kindes mit, welches von der 3. Lebenswoche an mit **Urticaria pigmentosa** behaftet war. Die Eruption war universell, betraf auch Handteller und Fufssohle und bestand aus kleinen, gelbbraunen, erbsengrofsen, mit rotem Hofe umsäumten Flecken. Auf einigen entstanden kleine Blasen, welche bald absorbiert waren, worauf beständige gelbe Knötchen zurückblieben, auf denen gelegentlich wieder Blasen aufschossen. Das Jucken bestand blofs bei der Bildung neuer Knötchen und nirgends waren, wie sonst oft, Zeichen gewöhnlicher Urticaria. Eine Besserung trat erst einen Monat vor dem mit 13 Monaten an einem Keuchhusten erfolgenden Tode ein.

Wickham Legg (*Pathol. Soc.* London. 1884. 25. Okt.) teilt einen letal endigenden Fall von **Purpura bei einem 36jährigen Syphilitiker** mit. Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab Dilatation der Blutgefäfse und zahlreiche Blutkörperchen in allen Schichten der Haut. Die Arterien des Hypoderms waren verdickt, was L. auf die Syphilis bezieht, da andre Ursachen (Rheumatismus, Alkoholismus, Skorbut) auszuschliefsen waren. Seit 1881 hat L. alle Fälle von Purpura im St. Barthol. Hosp. untersucht und nur in drei Fällen Mikroorganismen gefunden. Auch in diesem Falle waren keine vorhanden.

Fraser (*Med. Times and Gazette.* 1884. 15. Okt.) berichtet über die **Heilung** eines Falles von **Myxödem.** Der Patient wurde wegen eines zwei Monate dauernden Stumpfsinnes im Krankenhause aufgenommen. Nach 18 Monaten erschienen die ersten Zeichen des Myxödems in Form subkutaner Verdickungen und Verhärtungen, die sich rapide ausbreiteten. Eiweifs im Urin war zu keiner Zeit vorhanden, die Temperatur war subnormal, der Harnstoff vermindert. Die Haut war immer feucht gewesen, aber begann jetzt reichlich

zu schwitzen. Ganz allmählich begann die Haut ihr Odem zu verlieren, zur Norm zurückzukehren, und zur selben Zeit erhielt der Geist wieder seine frühere Intelligenz. Übrigens waren zu keiner Zeit Symptome von Dementia und Hallucinationen vorhanden gewesen. Bis auf eine leichte Verdickung im Gesicht, besonders um die Augen, war der Patient am Ende des Jahres 1883 wieder völlig gesund. Die Schweifse, welche den heilenden Einfluſs auszuüben schienen, waren durchaus spontaner Natur.

Browne (*Brit. med. Journal.* 1884. 1. Nov.) wirft den gewöhnlichen Operationen der **Onychia lateralis** vor, die Ursache des Übels im Nagel zu suchen. Er betrachtet die Cutis zu beiden Seiten des Nagels als den wahren Grund; sie hypertrophiert, ulceriert und bildet üppige Granulationen. Die letzteren zugleich mit einem Teil des daranstoſsenden gesunden Gewebes schneidet er fort und erzeugt so eine offene Wunde von 2 cm Länge und 1 cm Breite, die mit Kompressen von Lint, in Tinct. benzoin. getaucht, bedeckt wird. Wie die Heilung fortschreitet, tritt eine Schrumpfung des Gewebes ein, der Nagel wird vollständig frei und in einer groſsen Anzahl von Operationen hat Browne nicht einen einzigen Rückfall erlebt.

Mackey (*Brighton Med. Soc.* 1884. 2. Okt.) zeigte einen Fall von **Ichthyosis sebacea** bei einem 16jährigen jungen Manne. An den Oberarmen und in der Kniegegend zeigten sich schwarze, terrassenförmige Schuppenlager, die übrigens in der Abstoſsung begriffen waren. Die darunter liegende Haut war gesund. Auſser an den Füſsen schwitzte die Haut nirgends. Der Bruder des Patienten wurde auch gezeigt und litt an der geringeren Form des sog. Xeroderma (Dr. Wilson) am ganzen Körper mit Ausnahme der Hände und Füſse. Dieser schwitzte bloſs am Kopf. In beiden Fällen war die Krankheit nicht, wie gewöhnlich, in der Kindheit aufgetreten, sondern dauerte erst zwei Jahre.

Collins (*Brit. med. Journal.* 1883. 27. Sept.) berichtet über einen Fall von **Sklerodermа**, der bei einer 27 Jahre alten, ganz gesunden Frau unmittelbar im Anschluſs an eine starke Erkältung und einen Rheumatismus enstanden war.

Marshall (*Brit. med. Journal.* 1884. 28. Juni) empfiehlt **gegen Lupus vulgaris die Salicylsäure** als Vaselinesalbe 4—6 : 30. Die Geschwüre heilen bald, keine neuen Knötchen erscheinen und feste Narben bilden sich.

Manchester. Brooke.

Verschiedenes.

Der vierte Kongreſs für innere Medizin findet vom 8. bis 11. April 1885 zu Wiesbaden statt.

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage, Mittwoch den 8. April: Über die Behandlung der Fettleibigkeit (Korpulenz); Referent: Herr Ebstein (Göttingen); Korreferent: Herr Henneberg (Göttingen). Am zweiten Sitzungstage, Donnerstag den 9. April: Über Bronchialasthma: Referenten: Herr Curschmann (Hamburg) und Herr Riegel (Gieſsen). Am dritten Sitzungstage, Freitag den 10. April: Über Antipyrese; Referenten: Herr Filehne (Erlangen) und Herr Liebermeister (Tübingen). Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Liebreich (Berlin): Über Schlafmittel. Herr Binz (Bonn): Über neuere Arzneimittel. Herr Hack (Freiburg): Über chirurgische Behandlung asthmatischer Zustände. Herr Edlefsen (Kiel): Zur Statistik und Ätiologie des akuten Gelenkrheumatismus. Herr Rossbach (Jena): Über die Bewegungen des Magens, des Pylorus und des Duodenums. Herr Fleischer (Erlangen): Über

Urämie. In Aussicht gestellt haben aufserdem Vorträge: Herr Heidenhain (Breslau): Über pseudomotorische Nervenwirkungen. Herr Knoll (Prag): Thema unbestimmt. Herr Edlefsen (Kiel): Über das Verhalten der chlorsauren Salze im Organismus. Herr Schultze (Heidelberg): Thema unbestimmt. Aufserdem ist eine Ausstellung von Fleischkonserven, Peptonen etc. durch Herrn Kochs (Bonn) und verschiedene Demonstrationen vorgesehen.

58. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Strafsburg 1885.

Herr Dr. A. Wolff (Strafsburg) ersucht uns, in seinem Namen alle diejenigen Fachkollegen, welche die diesjährige Naturforscherversammlung in Strafsburg besuchen wollen, aufzufordern, etwaige Vorträge und Mitteilungen schon jetzt ihm gütigst mitzuteilen, um es event. zu ermöglichen, bei dieser Gelegenheit zum ersten Male eine Sektion für Dermatologie und Syphilidologie ins Leben treten zu lassen.

Wir begrüfsen diesen Plan mit lebhafter Freude. Besonders für jeden Teilnehmer der betr. Sektion auf dem Kongrefs zu Kopenhagen, die an persönlichem Meinungsaustausch über wissenschaftliche Streitfragen eine reichere Ausbeute ergab, als irgend welche frühere derartige Versammlung, wird geradezu ein Bedürfnis wachgerufen worden sein, auch in Deutschland eine engere Verbindung aller Fachkollegen anzustreben. Die altehrwürdige Naturforscherversammlung bietet dazu die beste Gelegenheit. Wir würden nur andern Spezialitäten folgen, welche sich bereits unter ihren Flügeln behaglich eingerichtet haben. Sollte dieses erste Mal das wissenschaftliche Material noch nicht zur Bildung einer eignen Sektion hinreichen, so wäre es immerhin erwünscht, eine vorläufige Besprechung möglichst zahlreicher Fachkollegen über diesen Gegenstand herbeiführen zu können, und werden wir nicht verfehlen, zu diesem Zwecke eine vorläufige Teilnehmerliste, soweit sie uns freundlichst zugängig gemacht wird, in den nächsten Heften mitzuteilen, da die Gegenwart des einen Kollegen erfahrungsgemäfs die mancher andern nach sich zieht.

Anmeldungen beliebe man an Herrn Privatdozent Dr. A. Wolff in Strafsburg im Elsafs, Vogesenstrafse 22, zu richten.

Nach einer Mitteilung des Herrn Prof. Dr. Lücke in Strafsburg i. E. wird beabsichtigt, auf der im September dieses Jahres in Strafsburg i. E. stattfindenden Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte **eine Ausstellung von Instrumenten und Bandagen** zu veranstalten, in welcher nur die neueren Erfindungen auf dem Gebiete der ärztlichen Technik vorgeführt werden sollen, und zwar in der Weise, dafs zur Ausstellung nur die **Erfinder** selbst oder die von denselben **beauftragten** Techniker berechtigt sein sollen.

Näheres über die Modalitäten der Beschickung, Ausstellungsreglemente etc. wird seiner Zeit mitgeteilt werden.

Im Anschluſs an den Artikel von UNNA: *Die Dermatologie an den deutschen Hochschulen* in No. 1 dieser Zeitschrift von diesem Jahre teilen wir im folgenden einen Abschnitt aus der Rede des Herrn Kultusminister Dr. von GOSSLER in der Sitzung vom 26. Februar d. J. des Preuſsischen Abgeordnetenhauses nach dem stenographischen Bericht zu unsrer besonderen Genugthuung mit:

„Wenn ich nun übergehe auf die Einrichtung einer Klinik der Hautkrankheiten, so ist die Entstehungsgeschichte derselben in Berlin ebenso wie auf den meisten andern preuſsischen Universitäten die: daſs die Klinik für Hautkrankheiten mit einer andren Klinik, deren Namen ich nicht nenne, verbunden worden ist. Es ist diese Verbindung, wie niemals verkannt worden ist, nicht aus einem inneren Bedürfnis heraus, sondern mehr aus Zweckmäſsigkeitsgründen geschehen. Ich darf daran erinnern, daſs, als der Professor v. BÄRENSPRUNG, den dem Namen nach die meisten der Herren hier kennen werden, im Jahre 1853 die beiden Kliniken übernahm, die Zahl der klinischen Kranken nur etwa 1000 betrug. Als BÄRENSPRUNG 1865 ausschied, wurde die medizinische Fakultät beim Minister vorstellig mit der dringenden Bitte, so weit es irgend anginge, eine besondere Klinik für Hautkranke zu etablieren, und wenn sie damals nicht mehr insistierte, lag es, wie es selbst von ihr erklärt worden ist, in der Erkenntnis, daſs der Minister durch den Raummangel genötigt war, von der Einrichtung einer eignen Hautklinik abzusehen. Aber die Wirkung hatten der Antrag und die Auffassung der Fakultät doch bei dem Minister, daſs der gegenwärtige Inhaber der andren ungenannten Klinik nur provisorisch mit der interimistischen Verwaltung der Klinik für Hautkrankheiten beauftragt wurde.

Also die Notwendigkeit, die Hautklinik in einer andren Weise selbständig zu organisieren, ist eigentlich seit 20 Jahren eine vollkommen klare und allseitig anerkannte Sache, sowohl bei der hiesigen medizinischen Fakultät, wie bei der Unterrichtsverwaltung selbst; dabei darf ich noch daran erinnern, daſs gegenwärtig die Ziffer der klinischen Kranken in beiden Kliniken zusammen ungefähr 6000 beträgt, also seit 30 Jahren sich um das sechsfache vermehrt hat.

Es kommt hinzu, meine Herren, daſs nach den Erfahrungen andrer Länder beide Kliniken, die ungenannte wie die dermatologische, den neueren Fortschritten und Methoden der Wissenschaft gegenüber kaum noch in einer Hand vereinigt werden können. Ich weiſs nicht, ob dies bestritten werden sollte; sonst bin ich gern bereit, noch mit weiteren Zeugnissen aufzutreten. Ich darf vor allen Dingen auf den Vorgang von Wien hinweisen, wo eine ganz neue Phase der Behandlung von Hautkrankheiten entstanden ist, und auf die Vorgänge von Ruſsland, Italien und Frankreich. Wir müssen es bekennen, daſs gerade wir Norddeutsche auf dem Gebiete der Hautkrankheiten zurückgeblieben sind und uns einer Vernachlässigung schuldig gemacht haben."

Bei der Redaktion gingen ein:

RADCLIFFE CROCKER, *Three cases of Xeroderma pigmentosum Kaposi or Atrophoderma pigmentosum.* Repr. *Med. Chir. Trans.* März 1884.

— *Lesions of the nervous system etiologically related to cutaneous Disease.* Repr. *Brain.* Okt. 1884.

OHMANN-DUMESNIL, *A case of universal Psoriasis.* Repr. *St. Louis Med. and surg. Journ.* Okt. 1884.

— *A case of symmetrical Vitiligo.* Ebenda. Jan. 1884.

Ohmann-Dumesnil, *A case of giant Urticaria.*

Duhring u. Wile, *On the pathology of Pagets disease of the nipple.* Repr. *Americ. Journ. of Med. Sciences.* Juli 1884.

Duhring, *Notes on a case of Dermatitis herpetiformis.* Repr. *Philad. Med. Trans.* Juli 1884.

— *Case of Dermatitis herpetiformis.* Repr. *Medical News.* Juli 1884.

— *Dermatitis herpetiformis.* Repr. *Journ. of the Am. Med. Assoc.* Aug. 1884.

White, *Psoriasis — Verruca — Epithelioma; a sequense.* Repr. *Am. Journ. of the Med. Sciences.* Jan. 1885.

— *A case of unilateral Chromhidrosis* (?). Repr. *Journ. of cut. and ven. Diseases.* No. 10. 1884.

— *Cases of arsenical Dermatitis.* Repr. *Boston Med. and Surg. Journ.* Nov. 1884.

Colcott Fox, *On Impetigo vel Porrigo contagiosa.* Repr. *Med. Soc. Transactions.* 1884.

— *On Urticaria pigmentosa or Xanthelasmoidea.* Repr. *Med. Chir. Trans.* Juni 1883.

Resch, *Über die Excision der syphilit. Initialsclerose.* Diss. Strafsburg 1885.

Jackson, *Atrophia pilorum propria.* Repr. *Journ. of cut. and ven. Dis.* No. 9. 1884.

— *Lecture on General dermatological Diagnosis.* Repr. *Detroit Lancet.* Sept. 1884.

Finger, *Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitale.* S.-A. *Sitzb. d. K. Akad. d. Wiss.* Nov. 1884.

Weyl, *Dermatologische Beiträge aus Berlin. Allg. Wiener med. Ztg.* 9 u. 14. 1884.

— *Beitrag zu den Dermatosen der Glans penis.* S.-A. *Deutsche med. Wochschr.* 8. 1885.

Stelwagon, *The Oleates in Cutaneous Diseases. The med. and surg. Reporter.* März 1884.

Haslund, *Beitrag zur Pathogenese des gonorrhoischen Rhema.* S.-A. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1884.

Payne, *Report of the Department for Diseases of the Skin in St. Thomas Hospital* 1883. London 1884.

Die nächsten Nummern werden u. a. enthelten:

Über Schankerbubo, von Dr. Funke in Warschau. — Über plastische Darstellung von Hautkrankheiten, von Dr. H. Brooke in Manchester. (Schlufs.) Abortive Behandlung der Urethritis, von Dr. Munnich in Amsterdam. — Die elektrolytische Behandlung der Haare, von Dr. Hardaway in New-York. — Über Behandlung der Seborrhöe, von Dr. Morrison in Baltimore. — Über Suspensorien, von Dr. P. G. Unna. Mit 17 Abbildungen. — Über Bubonenbehandlung von Prof. Dr. Janowsky in Prag.

Inhalt: W. H. Schütz, Über Lupuskarcinom. — Grunewald, Ein Fall von Akne varioloformis universalis mit tödlichem Ausgange. Mit 3 Abbildungen. — V. Janowsky, Über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Unnaschen Salben- und Pflastermullen. (Schlufs.) — **Referate. — Mitteilungen aus der Litteratur. — Verschiedenes.**

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 4. April 1885.

Über Schankerbubo.

Von
Dr. Funk
in Warschau.

Auf Grund bakterieller Befunde und Impfungen negiert M. Straus[1] die Existenz des virulenten Bubo beim weichen Schanker. Im Buboeiter (63 Fälle) waren nämlich keine Bakterien zu finden; Kulturen blieben auch jedesmal steril. Unendlich wichtiger sind jedoch Impfungen von Buboeiter, mit gröfster Sorgfalt ausgeführt, Instrumente und Haut gereinigt, Impfstellen mit knapp anliegenden Uhrgläschen geschützt. Sämtliche Straussche Impfungen (63 Fälle) fielen negativ aus.

Straus erinnerte dabei an eine halbvergessene Thatsache, dafs nämlich unter 500 Impfungen Ricords mit Buboeiter 42 gleich positiv ausfielen, weitere 229 jedoch erst nach Ablauf von 24—48 Stunden nach der Incision. Man weifs, wie geistreich Ricord die seltsame Thatsache erklärt hat: der periadenitische Eiter soll nämlich einfach sein, der Drüseneiter aber spezifisch, schankrös; die Drüsenkapsel bricht erst nach einigen Tagen und dann wird die ganze Bubohöhle infiziert.

Nun aber impfte Straus auch den Drüseneiter, ebenso den Buboeiter am zweiten und dritten Tage nach der Incision — auch diese Impfungen blieben resultatlos.

---

[1] *Gazette hebdomadaire de médicine et de chir.* 1885. No. 5.

Es gibt also nach STRAUS keine spezifischen Schankerbubonen; kein Bubo beim weichen Schanker enthält das Schankerkontagium; das letzte kann nur nach der Incision zufällig und von aufsen in die Bubohöhle gelangen.

Dieser Meinung gegenüber verteidigen HORTELOUP, DIDAY, SOULET und AUBERT die alte allgemein anerkannte RICORDsche Ansicht. Die Gegner haben einige Impfungen mit positivem Erfolg ausgeführt

Es entstand in dieser Weise eine neue klinische Frage, und meiner Ansicht nach ist ihre Lösung gegenwärtig nur auf klinschem Wege zu suchen. Namentlich die bakteriellen Befunde sind hier ohne Belang, weil ja das Schankerkontagium noch ganz unbekannt bleibt. Bei Untersuchungen mit bekannten Tinktionsmethoden finden wir allerdings im Schankereiter Kokken und Stäbchen, meistens aufserhalb der Eiterzellen. Es sind das zufällige Befunde, sie fehlen auch gänzlich im frischen, gleich nach der Incision entnommenen Buboeiter. Es bleibt aber das Schankerkontagium mittels gegenwärtiger Untersuchungsmethoden nicht erweisbar. (Dasselbe gilt vom Syphiliskontagium.)

Was nun die Impfungen anbetrifft, so sollte man, meine ich, die positiven Ergebnisse nicht den negativen einfach gegenüber stellen. Die negativen sind nämlich ohne Rückhalt anzunehmen — das Schankerkontagium ist eben unbedingt impfbar, und jeder Eiter, der bei der Impfung fehlschlägt, ist gewifs kein Schankereiter.

Anders verhält es sich mit positiven Impfungen — wir wissen ja, dafs sogar der einfache Eiter, einer Scabies- oder Aknepustel entnommen, manchmal fortimpfbare Pusteln und Geschwürchen erzeugt.

Wie gesagt also, müssen wir die Frage vom klinischen Standpunkte untersuchen. Es ist Thatsache, dafs offene Bubonen (beim weichen Schanker) nicht selten schankrös werden, dafs nämlich einige Tage nach der Eröffnung die Bubohöhle allmählich die Charaktere eines weichen Schankers annimmt. Es ist diese Metamorphose am klarsten an der Incisionswunde zu sehen. Die Entwickelung jedoch solcher Bubonen bietet nichts Charakteristisches dar[1], auch bei der Eröffnung ist nichts Besonderes zu bemerken, gewifs nicht an den makro- und mikroskopischen Eigenschaften des Eiters.

Ein klinisches Factum kann ich nicht unerwähnt lassen. Es ist nämlich bemerkenswert, das Bubonuli (Lymphgefäfsentzündungen) viel öfter schankrös werden im Vergleich mit Leistenbubonen.

Wenn wir nun erwägen, dafs Schankerautoinokulationen, besonders in der Armen- oder Hospitalpraxis, beinahe regelmäfsig vorkommen, so müfsten wir uns wundern, wenn ein Bubonulus, der oft so nahe beim Schanker sitzt, einer Infektion ausweicht.

---

[1] Sie sollen nach einigen Autoren später auftreten und rascher verlaufen.

Durch Unreinlichkeit und Leichtsinn des Kranken wird fortwährend Gelegenheit zur Infektion und Selbstinfektion gegeben; in dieser Hinsicht sind die Verhältnisse im Hospital nicht viel besser.

Nur ein guter Okklusivverband, vom Arzt selbst angelegt und in entsprechenden Zeiträumen gewechselt, kann die Möglichkeit einer Verunreinigung, einer Infizierung der Bubohöhle aufheben. Die Schankerbubofrage stellt sich nun einfach vor: kann ein Bubo unter dem Okklusivverband schankrös werden oder nicht?

Nun habe ich unter meinen Fällen, die ich in allerletzter Zeit mit Okklusivverband behandelt habe, keinen einzigen schankrösen Bubo wahrgenommen; die Zahl meiner Fälle ist jedoch viel zu klein, um die Frage von der wichtigsten Seite zu entscheiden.[1]

Ich möchte noch kurz den Gegenstand vom theoretischen Standpunkte fassen. Es war nämlich und bleibt für mich unerklärlich: wie kann das Schankerkontagium das Lymphgefäfs passieren, ohne es zu infizieren. Bei den eminent infektiösen Eigenschaften des Schankereiters ist der Umstand seltsam genug. Immun ist das Lymphgefäfs keineswegs, dafür spricht klar genug das Zustandekommen der Bubonuli.

Weiland H. Zeissl vergleicht das Vorkommen eines Drüsenschankers ohne Lymphgefäfserkrankung mit Epidydimitis gonorrhoica ohne Funiculitis. Der Vergleich ist keineswegs glücklich zu nennen. Abgesehen davon, dafs man oft Funiculitis gonorrhoica findet, wenn man sie sucht, wirkt das Trippervirus nicht gleichmäfsig auf alle Schleimhäute — auf manchen haftet es gar nicht. Wie anders verhält sich das Schankervirus: es greift jedes Gewebe an und ziemlich gleichmäfsig; eine, wenn auch nicht relative Immunität der Lymphgefäfse gegenüber dem Schankereiter ist undenkbar.

Es bleibt aber noch eine Frage übrig, nämlich was das Zustandekommen des einfachen Bubo beim weichen Schanker betrifft. Es wird ja dabei etwas vom Schankergeschwür resorbiert und in die Drüse deponiert, wahrscheinlich eine von den Eiterkokkenarten (Ogston, Doléris, Rosenbach). Es ist seltsam, dafs organisierte Elemente von der Schankeroberfläche resorbiert werden, ohne das Schankerkontagium mitzureifsen. Es wird aber die Sache leicht erklärt, wenn wir annehmen, dafs eben das Schankerkontagium nicht resorptionsfähig ist.

In dieser Weise also spricht das Zustandekommen des einfachen Bubo beim Schanker für die Nichtexistenz des virulenten.

Ein Bubo bei der primären Induration ist immer spezifisch und enthält syphilitisches Gift.

---

[1] Lassar, Petersen, Kümmel und andre, die mit Okklusivverband die Bubonen behandeln, könnten wichtige Angaben über den interessanten Gegenstand beibringen.

Es hängt das offenbar mit unbekannten physiologischen Eigenschaften der unbekannten Kontagien zusammen; das eine gelangt immer in Lymph- und Blutbahnen und ruft eine Allgemeininfektion hervor: das andre passiert die Lymph- und Blutbahnen nicht, gedeiht nur an Ort und Stelle und ruft eine par excellence lokale Erkrankung hervor, fortimpfbar beinahe ins unendliche, aber nicht resorptionsfähig.

Aubert meint, dafs das Schankerkontagium bei Bluttemperatur abstirbt, und verwendet seine Idee auch therapeutisch. Doch haben die Ergebnisse keineswegs den theoretischen Ausgangspunkt bestätigt — es lassen sich die klinischen Facta auf Grund der botanischen Kontagiumeigenschaften nicht in dieser einfachen und verlockenden Weise erklären.

Uber plastische Darstellung von Hautkrankheiten.

Von

Dr. H. Brooke

in Manchester.

(Schlufs.)

Das frisch aus der Moule abgenommene Modell hat gewöhnlich ein keineswegs glattes und vollendetes Aussehen und erfordert stets, je nach der Oberflächenbeschaffenheit des betreffenden Körperteils und dem Erfolge des Eingiefsens noch mehr oder weniger Ausbesserungen.

Erstens müssen die an den Fugen zwischen den verschiedenen Mouleteilen gebildeten Kanten abgeschabt werden, was mit einem stumpfen Federmesser leicht zu machen ist, während die Entfernung der letzten Reste am besten durch Kratzen mit dem Fingernagel geschieht. Diese Kunstgriffe gelten auch für das Glattmachen der übrigen Oberfläche, die durch das Vorhandensein von kurzen Haaren und sogar von Lanugo hie und da so rauh und höckerig gemacht wird, dafs ein wirkliches Hindernis für eine gute, gleichmäfsige Kolorierung daraus entsteht.

Obwohl ich danach gestrebt habe, ist es mir doch noch nicht gelungen, einen sicheren Weg herauszufinden, um die sich in dem noch heifsen Wachse bildenden Luftblasen zu vermeiden, welche, wenn zahlreich, sehr lästig sind, indem sie die Oberfläche des Modells mit gröfseren oder kleineren Löchern bedecken und dasselbe unter Umständen sehr entstellen.

Das Vorhandensein von Löchern (Luftblasen) in der Moule trägt erheblich zu ihrer Entwickelung bei, und solche müssen darum mit Pfeifenthon verstopft werden, bevor die Eingiefsung stattfindet; auch mufs man darauf achten, dafs so wenig Luftblasen wie möglich durch Umrühren des flüssigen Wachses erzeugt werden. Die gröfseren Gruben können mit einem hineingeschobenen und nachher durch Berühren mit einem heifsen Draht geschmolzenen Stück des Modellstoffs ausgefüllt werden, so dafs keine bemerkbare Spur hinterlassen wird.

Zu gleicher Zeit können auch die tieferen Furchen, die immer bei dem Giefsen etwas von ihrer Feinheit verlieren, wieder vertieft werden. Wenn die Ränder der Furchen, wie diejenigen der Nagelfurchen, scharf sind, ist eine Messerspitze das beste Werkzeug zu ihrer Darstellung, während, wenn es nicht so viel auf die Klarheit der Linien ankommt, wie bei Fissuren, am leichtesten und schnellsten eine metallene Spitze (z. B. abgenützte, zahnärztliche Instrumente, die auch in andern Hinsichten uns behilflich sein können) das erwünschte Resultat gibt.

Wenn dies alles schon besorgt ist, mufs die ganze Oberfläche, um sie von Staub und Schabsel zu befreien, gewaschen und gleich nach dem Abtrocknen mit einem reinen, weichen, mit Benzin angefeuchteten Kalikolappen tüchtig, aber vorsichtig, gerieben werden. Durch diese Prozedur werden die kleineren Löcher ausgefüllt und vertilgt und die Glätte und Gleichmäfsigkeit der Oberfläche so vollendet, dafs das Wachs jetzt zum Malen bereit ist.

Ein einziger Anblick der Haut genügt, um einzusehen, dafs an keiner Stelle ihre Farbe eine vollkommen uniforme ist, dafs vielmehr überall die Töne so variieren, um eine schwach scheckige Erscheinung hervorzubringen, und es ist für uns notwendig, dafs wir diese Nüancen uns gut einprägen, um die Kolorierung unsrer Modelle so naturgetreu wie möglich wiederzugeben.

Die Hautfarbe, wie man sie bei der frischen Leiche wahrnimmt, stellt sich als etwas diaphanes, mit einem warmen Gelb sehr schwach tingiertes Weifs dar, ein Zustand, der beim Lebenden durch die unzähligen, kreuz und quer durch das subkutane Bindegewebe laufenden arteriellen und venösen Blutgefäfse sehr modifiziert ist, weil die Blutfarben, durch die verschiedenen Hindernisse verändert, ganz buntfleckig erscheinen.

Um in erforderlicher Weise dies Farbenspiel wiederzugeben, ist es erstens notwendig, eine gleich gefärbte Grundierung zu schaffen, die auch dabei von einer solchen Schattierung ist, dafs sämtliche darübergelegte Farben damit im Einklange stehen. Diese Erfordernisse scheinen in jeder Hinsicht von der letzteren der zwei Zusammensetzungen, die ich oben erwähnt habe, vollkommen getroffen zu werden. Das Wachs repräsentiert die mehr diaphanen Bestandteile

der Haut; der trübe Mattglaseffekt, der meistens wahrscheinlich von dem Stratum granulosum herrührt, wird von dem Mehl und dem Talk ganz gut nachgeahmt, während der sehr schwache Karminton das in immer abwechselnder Stärke über die ganze Körperoberfläche verteilte Scharlachrot des arteriellen Blutes vertritt. Da aber diese rote Tinte unter normalen Zuständen in den meisten Gebieten eine sehr leichte ist, müssen wir irgend einen Überschufs des Karmins bei der Mischung mit dem Wachs behutsam vermeiden; eine solche Überfärbung des Modells läfst sich nachträglich sehr schwer wieder gut machen.

Ebenso bemerkbar wie das Rot, und in den gewöhnlich mit Kleidern bedeckten Regionen noch mehr hervortretend, ist der von dem subkutanen Fette und dem kapillaren Blute herstammende gelbe Ton. Dieser, obwohl an verschiedenen Stellen und bei verschiedenen Altern von sehr variabler Tiefe, geht doch allmählich von der einen Schattierung zur andern über und bietet nie das scheckige Aussehen, das man beim Rot wahrnimmt. Daher habe ich es für ratsam gehalten, kein Gelb in das Wachs (dem schon das Mehl gewöhnlich einen Anflug von Gelb verleiht) zu inkorporieren, sondern die ganze Oberfläche vielmehr mit demselben in Wasserfarbenform gleichmäfsig anzustreichen resp. einzureiben, mehr oder weniger zusetzend, je nach dem Kolorit des Originals.

Im allgemeinen wird man finden, dafs bei älteren Personen viel mehr gelbes und zwar braungelbes Pigment als bei jüngeren Personen vorhanden ist, während gewisse Körperstellen (z. B. Hände, Gesicht, Genitalien), wie wohlbekannt, in allen Fällen mehr besitzen als andre. Die gelben Farben, die ich für die passendsten hierzu halte, sind Italian Pink, Yellow Pink und gebrannte Sienna, entweder allein oder miteinander gemischt, und immer zuerst in sehr schwacher Lösung. Eine Schwierigkeit stellte sich mir, als ich mit meiner zweiten Komposition zu arbeiten begann, sogleich heraus, nämlich wie ich auf eine wachsige Substanz mit durchsichtigen Farben malen könne; denn durchsichtig waren die Wasserfarben allein, die auf Wachs nicht hafteten, während die Ölfarben, obwohl sie dies erste Erfordernis erfüllten, ihrer Solidität wegen doch nicht weiter in Betracht kommen konnten. Diese Frage wurde nach mehreren Experimenten gelöst durch den Gebrauch einer schmutzig grauroten, dicken, glycerinähnlichen Flüssigkeit, die durch Einwirkung von Schwefelsäure auf Rizinusöl mit nachfolgender Neutralisation fabriziert wird. Diese Substanz kommt bei den Kattundruckern sehr viel in Anwendung und ist bei ihnen unter dem Namen Turkeyred oil, Türkischrotöl, Huile tournante, zu haben; sie mischt sich mit gleicher Leichtigkeit mit öligen wie mit wässerigen Flüssigkeiten und bietet daher gerade das erforderliche Medium dar, wodurch es möglich

wird, mit reinen, durchsichtigen Wasser- resp. Pulverfarben auf einen öligen Grund zu malen.

Zum Grundieren müssen einige Tropfen mit ein wenig Wasser zur trockenen Farbe hinzugesetzt werden, und die Mischung ist dann mit der Handfläche oder den Fingern gut über die Oberfläche des Modells auszubreiten und tüchtig einzureiben, bis sie überall gleichmäfsig verteilt ist. Das Trocknen dauert gewöhnlich nur ein paar Minuten, und danach mufs ein zweiter Anstrich, wo dieser sich als notwendig erweist, aufgetragen werden.[1] Zum Abmalen von kleineren und mehr abgegrenzten Stellen erweist es sich als besser, die verschiedenen Farben in je einer Untertasse mit dem Medium gut zusammengerieben vorrätig zu haben, so dafs, wenn man irgend eine Farbe anzuwenden wünscht, man einfach den Pinsel in das Rotöl eintaucht, damit etwas von der betreffenden Farbe aufnimmt und gerade wie beim Aquarell malt. Mit dem so bereiteten Pigment kann man ganz feine Linien (Cilien, Wimpern u. s. w.) mit ebenso grofser Leichtigkeit auf das Wachs zeichnen, wie auf Papier. (Auf der Boulbyschen Komposition haften die Wasserfarben gleich ohne jeden Zusatz von andern Menstruen.) Um solche Linien zu machen, mufs die Mischung dick sein; für mehr ausgedehnte Anstriche dient im Gegenteil eine mit etwas Wasser verdünnte Mischung besser. Überdies wird die Erfahrung bald lehren, dafs die Fingerspitze, wo sie praktikabel ist, das beste und schnellste Instrument zur Auflegung und Verteilung eines Kolorits, wie sie gewifs das leichteste zur Hand zu habende ist. Eine kurze Betrachtung zeigt schon, dafs das scheckige Aussehen der Haut, wovon ein genauer Begriff dem Modellisten sehr wichtig ist, meistenteils von der variierenden Dicke und Durchsichtigkeit der Epidermis und von der fortwährenden Abwechselung der Verteilung des arteriellen und venösen Blutlaufs und deren relativen Tiefe herrührt. Das arterielle Blut, wegen der Natur der Arterienwände, gelangt nur dann zum Vorschein, wenn es in den Kapillaren liegt, weshalb die Röte, die es zu der Hautfarbe beiträgt, immer eine diffuse ist. Die gröfseren Venen anderseits besitzen dünne und halb transparente Wände, wodurch das dunkel venöse Blut teilweise in den einzelnen gröfseren oder oberflächlicheren Gefäfsen scharf konturiert, teilweise als eine mehr diffuse Färbung ziemlich deutlich zu sehen ist.

In den meisten Körperregionen zeichnen sich die Venennetze sehr klar aus, und Andeutungen der hervorragendsten Venen werden in den meisten Abgüssen beinahe sicher gefunden werden, wenigstens müssen sie aufgesucht und mittels einer Mischung von Antwerpenerblau mit einer Kleinigkeit Gelb wiedergegeben werden. Mit derselben

[1] Für die tieferen Schattierungen fügt man etwas Vandykebraun dem Gelb zu.

sind auch die Linien, wenn die Erhebungen fehlen, fortzusetzen, so daſs ein vollkommenes Venennetz geformt wird. Gleich nach dem Auflegen der Farbe ist es vorteilhaft, die Fingerspitze über die neugemalten Stellen leicht gleiten zu lassen, um allen Überfluſs so zu entfernen, daſs nicht mehr als ein leiser Hauch des Kolorits liegen bleibt. Die mehr diffusen, bläulichen Schattierungen können dann in gleicher Weise mit der Fingerspitze hinzugefügt und kleinere, klar sichtbare Venen, wie diejenigen am Handgelenk mit dem Pinsel daraufgesetzt werden. Die Palmarfläche der Hand und des Handgelenks bietet ein gutes Beispiel der verschiedenen Nüancen der blauen Töne der Haut dar. Auf der Volarfläche des Daumens befindet sich eine ausgesprochene, diffuse blaugrüne Färbung, in der Mitte eine gelegentlich wohl markierte Vene, während durch die dünne, das Handgelenk bekleidende Haut sich die feinen blauen, blaugrünen und purpurroten Venen sehr gut entdecken lassen.

Eine so genaue Aufmerksamkeit auf scheinbar unwichtige Details mag wohl als eine sehr mühsame, unnötige und zeitraubende Arbeit erscheinen. Dem ist aber nicht so, da das Malen sehr schnell und leicht ausführbar ist, wirklich sehr wenig Zeit in Anspruch nimmt und erheblich zum lebendigen Aussehen des verfertigten Modells beiträgt. Nur den allgemeinen Effekt braucht man heraus zu bringen; Richtigkeit in den Details ist ganz und gar unnütz.

In nächster Linie kommt in Betracht die Verteilung der roten Farben in verschiedenen Intensitätsgraden, zu welchem Zweck ich die trockenen Pulverfarben für die passendsten halte.[1] Wir haben schon auf dem Wachs eine gelbliche Grundierung, und sollten wir darauf mit roten Wasserfarben anstreichen, würden wir bloſs eine Orangfarbe erzeugen und die reinrote Farbe verlieren, die an der aktuellen Haut dem gelblichen Grund an vielen Stellen überliegt. Die richtige Schattierung kann aus Mischungen von Karmin, Vermilion und venetianischem, hellem Rot hervorgebracht werden, wozu für die Nachahmung der venösen Stauung etwas Antwerpenerblau oder Ultramarin hinzugesetzt werden muſs. Das Pulver wird am besten mittels eines trockenen Pinsels aufgelegt und danach ein bischen hineingerieben, nur eine ganz kleine Quantität aber darf auf einmal gebraucht werden; irgend ein Übermaſs kann man jedoch durch Reiben mit Benzin abwischen. Auch anormale Zustände, wie erythematöse Veränderungen, entweder arteriellen oder venösen Ursprungs, können mit dieser Methode naturgetreu nachgeahmt werden. Die Nägel, nachdem ihre Umrisse scharf geschnitten worden sind, müssen jetzt mit einer bläulichen roten Farbe koloriert und endlich poliert werden.

---

[1] Diese Pulverfarben, die auch beim Malen mit dem Rotöl die Wasserfarben ganz gut ersetzen, sind durch jeden guten Malerrequisitenhändler billig zu beziehen. Ich brauche die von WINDSOR & NEWTON, Rathbone Place, London, gelieferten, die ausgezeichnet sind.

Dies kann alles schon in der Abwesenheit des Kranken ausgeführt und erst bei der Sitzung irgend eine Eigenthümlichkeit aufserhalb der Krankheit, die der Reproduktion würdig ist, hineingebracht werden. Man kann z. B. etwas schmutziges Dunkelgraugrün einreiben, um den bei den Arbeiterklassen immer befindlichen eingewurzelten Schmutz zu imitieren, und einen Strich blaues oder grünes Pigment an den Nagelrand malen, um einen Zustand darzustellen, der leider keineswegs auf die Mitglieder jener Klasse der Gesellschaft beschränkt ist. Solche einleitende Kleinigkeiten darf der Modellist nicht weniger als der Maler von Altastafeln vernachlässigen, denn sie tragen zu dem Eindrucke der Realität materiell bei, und wenn sie ausgelassen werden, treten die krankhaften Veränderungen in unnatürlicher Weise hervor, wodurch sogar Enttäuschungen hervorgerufen werden können.

Es sind indessen gerade diese krankhaften Veränderungen, die den Hauptpunkt unsrer Aufgabe bilden, deren Reproduktion die gröfste Aufmerksamkeit erfordert, und nach deren Genauigkeit der Wert des Modells natürlich geschätzt wird. Ihre Zahl ist jedoch eine so unbegrenzte, dafs es unmöglich wäre, mehr als allgemeine Anweisungen zu geben und einige bewährte, obwohl allerdings nicht die einzigen Methoden zu erwähnen, wodurch man die mancherlei Läsionen, wie Squamae, Vesiculae, Bullae u. s. w. zu fabrizieren vermag. Zunächst möchte ich betonen, dafs in allen Fällen es höchst wichtig ist, sich nicht dem Gedächtnis allein anzuvertrauen, sondern stets so viel wie möglich direkt vom Kranken zu kopieren.

Einen Entwurf der Läsionen mit kopiösen Notizen über Nüancen, Pigmentflecke u. s. w. sollte der Modellist immer anfertigen, bevor die Haut beölt und dadurch für feinere Beobachtungszwecke eine Zeitlang verdorben wird, so dafs er im voraus arbeiten kann (z. B. Psiorisisplaques kolorieren, Pemphigusblasen aufsetzen), ehe er den Kranken wiedersieht. Nichts aber kann die thatsächliche Sitzung des Kranken ersetzen, und das direkte Kopieren und Ausbessern mufs nie, wenn möglich, versäumt werden. Es ist durchaus nicht notwendig bei jedem vorkommenden Falle eine Gipsmoule zu machen, was auch bei vielen Fällen wohl unmöglich sein würde, wie bei rauhen Ekzemen, oder Pemphigus, die man ungern mit Gips und Wasser übergiefsen würde, nicht nur der Schmerzen des Abziehens wegen, sondern auch weil das Inkorporieren der Krusten und Epidermis in den Gips, wenn das Gewicht des Gipses allein nicht genügte, für die Läsionen selbst und die Feinheit von deren Darstellung in der Hohlform ganz verderblich sein würden. In solchen Fällen, wie Teleangiektasen, Rosocea eryth., Mycosis circ., Miliaria, die nichts Hervorragendes an sich haben, ist es überflüssig, einen speziellen Abgufs zu machen, da die dort befindlichen morbiden Veränderungen viel leichter durch nachträgliche Behandlung der von

normalen Personen genommenen Modelle geformt werden können. Das Vorbereiten von normalen zu diesem Zwecke bestimmten Modellen ist besonders bei Güssen der Rumpf- und Thoraxteile zu raten, weil die Respirationsbewegungen und auch der schnell trocknende Effekt der grofsen Körperhitze das Springen des Gipses so sehr befördern, dafs es fast unmöglich ist, selbst bei intelligenten Subjekten einen grofsen Gufs in vollkommenem Zustand zu erhalten. Ich habe also, um diese Schwierigkeit zu umgehen, Hohlformen von gut entwickelten Leichen gemacht, und diese wenn möglich als Basis angewendet, da sie sich in grofsen kürafsähnlichen Stücken bilden lassen, die natürlich viel bequemer zur Hand zu haben sind, als die bei den Lebenden notwendig stückweise gemachten.

Von weiblichen Genitalien habe ich wohl direkte Güsse gemacht, habe jedoch erfahren, dafs dies aus selbstverständlichen Gründen nicht immer möglich ist, und auch der Kranken in keinem geringen Grade schmerzhaft sein kann. Gleichfalls ist es mir, und sogar mit Beihilfe eines erfahrenen Zahnartes, mifslungen, Abgüsse der Zunge zu machen, wegen des Unvermögens, das Organ eine genügende Zeitlang in der ausgestreckten Lage ruhig zu halten. Ich fand mich daher gezwungen, zuerst ein die auffallendsten Läseonen darbietendes Modell aus Pfeifenthon zu bilden und auf einer von diesem in der gewöhnlichen obenbeschriebenen Weise gemachten Wachskompositionskopie die Details weiter auszuführen. Von diesem ausgearbeiteten Modelle könnte man bei eintretendem Bedarf von Replicen eine zweite Gipshohlform gieſsen, aus welcher man eine Reihe von vollendeten Abgüssen hervorzubringen vermöchte. Dieser Prozefs verlohnt sich auch beim Arbeiten mit empfindlichen Läsionen, wie bei einigen Geschwüren und papillomatösen Gewächsen. Es verlangt allerdings vom Modellisten etwas künstlerische Fähigkeit, aber keine sehr grofse, da weder Mienenspiel noch Ausdruck in Betracht kommt, und die Arbeit löst sich infolgedessen in ein ganz mechanisches Kopieverfahren auf.

Zu den normalen Modellen kann man, wie gesagt, allerlei morbide Veränderungen nachher hinzusetzen, und obwohl es leichter ist, bei komplizierten Fällen die Läsionen fertig gemacht zur Hand zu haben, ist deren Fabrikation gewifs eine weniger schwierige Aufgabe, als deren Abmalen in einem Bilde. Die mannichfaltigen Stadien einer progressiven oder heilenden Krankheit, z. B. des Lupus von voller Blüte bis zur Zikatrikation, können dadurch dargestellt werden, dafs man, während die Krankheit noch halb geheilt ist, einen Abgufs macht, und zum daraus gemachten Modell die früheren Stadien hinzusetzt und die späteren wegnimmt. Bei solchen und allen Fällen mufs der Modellist, um sich betreffs seiner nachfolgenden

Arbeit zu versichern, gute Notizen und Skizzen machen und bewahren, oder noch besser photographieren, da die Photographie jetzt so handlich ist und so billig, dafs jeder sie üben, oder wenigstens seine Platten belichten und die nachfolgende Arbeit einem Fachmann überlassen kann.

Da die Methoden, die ich bisher versucht habe, die verschiedenen Läsionen nachzuahmen, noch nicht durch eine lange Erfahrung geprüft worden sind, werden sie hoffentlich späterhin verbessert oder durch andre ersetzt werden. Auf diejenigen Kunstgriffe jedoch, die ich mit genügenden Resultaten angewendet habe, werde ich jetzt näher eingehen, und zwar gruppenweise, so weit es möglich ist.

Squamae kommen allerdings in so vielen Sorten vor, dafs es unmöglich wäre, mehr als allgemeine Andeutungen darüber zu geben. Die kleieähnlichen Schuppen, die bei Pityriasis, Mykosis circinata, Psoriasis, den squamösen Syphiliden und vielen andern Affektionen so charakteristisch sind, kann man mittels einer dicken mit mehr oder weniger Mattgelb oder Gelbbraun kolorierten Mischung von Zinkoxyd und Rotöl nachmachen, die man mit einem Pinsel leicht auftupft, aber erst wenn die unterliegende Farbe ganz trocken ist. Die späteren Stadien, z. B. der oberflächlichen Krankheiten, werden dadurch gebildet, dafs man die zentralen Partien einfach auf eine normale Oberfläche mit der geeigneten Braunfarbe präpariert und die Schüppchen der Peripherie später mit der Zinkmischung beifügt. Die gröfseren, flachen, glänzenden Schuppen der Psoriasis werden besser mit Wachs dargestellt, das mit einer sehr geringen Menge von Gelb koloriert und vermöge einer geringen Quantität von Talk glänzend gemacht worden ist. Ein paar Tropfen Äther beschleunigen die Verflüssigung und gestatten, dafs das Wachs leichter auf die Papeln aufgestrichen werden kann, was mit einem je nach der Gröfse der Schuppe gröfseren oder kleineren Pinsel geschehen mufs. Das schnell auf einmal über die Papeln gestrichene Wachs verdichtet sich plötzlich und bildet dabei ein sehr dünnes, halbdurchsichtiges Plättchen, das einer Psoriasisschuppe sehr ähnelt. Die serösen Ausschwitzungen, wie man sie bei Ekzemen findet, werden besser durch Anstreichen von Porzellanzement imitiert. Ich brauche dazu eine hiesige als Koaguline wohlbekannte Sorte, die in einem Wasserbad erhitzt und dann aufgepinselt wird.

Vesiculae und Bullae können sehr leicht und naturgetreu aus einem Gelatinleim bereitet werden, dessen Formel etwa folgende ist:

Gewöhnliche gelbe Gelatine	10,00
Wasser	so viel wie die Gelatine aufsaugen kann

in einem Wasserbad geschmolzen; dazu

Glycerin ..... 40,00 — 50,00.

Dies erzeugt eine Substanz, die in genügender Quantität gerade wie die seröse Ausschwitzung von Pemphipus und Brandblattern aussieht, die aber in Klümpchen ganz farblos und glasähnlich ist. Vom Ende einer scharfen Spitze auf die Hautoberfläche getupft, haftet sie gleich an und stellt wunderschön das Bild von Schweifstropfen dar; wenn im voraus mit etwas Gelbweifs vermischt, gibt sie genau die Erscheinung der Bläschen von einem vesikulösen Ekzem oder von Sudamina wieder, und mit Karminrot gefärbt und in derselben Weise oder mit einem Pinsel aufgewischt, erzeugt sie gerade den Anschein von Blutstropfen und Strömen; mit einer gelblich weifsen Farbe gemischt liefert sie endlich eine dem Eiter sehr ähnliche Substanz. Kurz, an dem Leim haben wir eine Basis, die mit passenden Farben vermengt imstande ist, sämtliche flüssige Ausscheidungen der Haut zu repräsentieren. Um Bullae daraus zu schaffen, mufs der Gelatinleim erstens in halbkugelige, von verschiedenen Gröfsen in Gips geformte Gruben eingegossen und nach einer Abkühlungsfrist von mehreren Stunden ausgeschält werden. So bekommt man Abgüsse, die, auf die Haut geklebt, gerade die Erscheinung von hellen, straffen Pemphigusblasen haben, vorzüglich wenn sie mit einem fahlen Gelbweifs (Wasserfarbe) überstrichen werden. Die purulenten Stadien brauchen natürlich stärkere Anstriche und bisweilen einen umringenden dünnen Hof. Dasselbe Verfahren eignet sich offenbar zum Verfertigen von den bei andern Übeln vorkommenden Bläschen und Pusteln, wie bei Impetigo contagiosa, Herpes, Dermatomykosis circ. und Scabies.

Crustae kann man auch aus dem Glycerinleim machen, besonders aus demjenigen mit Talk und Honig gemischten, dem mit Wasserfarben in einigen Minuten die gehörige Farbe (gelbweifs, gelbgrau, grüngrau, schmutzig dunkelgrün u. s. w.) gegeben werden kann. Sie werden auch und vielleicht mit grofser Bequemlichkeit aus der Wachsmasse oder dem reinem Wachse geformt, die erst geschmolzen und danach mit Hilfe einiger Tropfen Äther mit den Pulverfarben gemischt, auf die wächserne Haut verarbeitet werden. Ein kleines Löt- oder Kniffeisen wird dies effektuieren, und der Stoff kann damit in die Gestalt einer Borke umgewandelt werden. Das beste zu diesem Zwecke dienende Instrument ist jedoch das Paquelinsche Kauterium, welches bedeutend schneller wirkt als die andern, wobei es gewifs viel handlicher und ununterbrochen arbeitsfähig ist.

Auf dieselbe Weise kann man Verdickungen und Infiltrationen, wie sie bei Lupus vulg., Lupus eryth., Rosacea und Ekzem zu finden sind, wie auch Papeln und andre noch mehr hervorragende

Neugebilde auf der Haut eines normalen Modells formen. Der Modellist mufs sorgsam beachten, dafs das Metall nie in glühendem Zustande mit der Wachssubstanz in Berührung komme, sonst wird das in dieser enthaltene Mehl dadurch verkohlt und die Stelle schwarz gemacht. Mit dem heifsen Metall schmilzt man die vorher verschieden gefärbten Wachsstücke auf der Oberfläche der Haut, breitet sie zu den bestimmten Grenzen aus, und gestaltet dann die Masse nach dem Originale. Nach der Abkühlung können Fissuren, Rauhigkeiten, Squamae, Crustae u. s. w. in der oben beschriebenen Weise hinzugesetzt und auch nachträgliche Farbenanstriche aufgepinselt werden. Das Nahehalten eines rotglühenden Eisens genügt, das Verschwinden von oberflächlichen Unebenheiten sofort herbeizuführen, während für die Erzeugung der an solchen Infiltrationen nicht seltenen Rauhigkeit der Epidermis Glaspapier sehr brauchbar ist.

Einen andern Weg habe ich auch in Anwendung gezogen, um denselben Effekt zu erzielen, wenn es sich um eine sehr geringe Infiltration handelt, wie z. B. bei Lupus eryth., Acne rosacea und chr. Ekzem oft der Fall ist. Nämlich, anstatt das kolorierte Wachs zu schmelzen, wird es erst einfach in Benzin erweicht, mit einem Lappen über die behafteten Regionen sanft gerieben und verteilt und dann getrocknet, ein Verfahren, das indessen nur für ganz dünne Schichten gilt, weil das Benzin sonst zu viel Zeit beim Verdunsten in Anspruch nimmt.

Vermöge des Kauteriums ist man auch imstande, in das Wachs wie in einen Käse zu bohren und hineinzuwühlen und so allerlei Geschwüre, sowohl seichte und tiefe, mit Leichtigkeit nachzumachen.

Bei vielen krankhaften Zuständen, wie Hyperämien, Seborrhöen, Hämorrhagien, Purpura, Naevi, ist es blofs notwendig, die normale Oberfläche zu malen, ohne irgendwelche Verdickung anzubringen. Mit dem Rotöl und Farben gemischt kann man die feinsten Linien zeichnen, und so venöse Stauungsphänomene, wie man sie z. B. in malignen Neubildungen bisweilen trifft, und die bei Naevus araneus und Rosacea angetroffenen groben Hyperämien nachbilden; oder mit Befestigung mittels einer Gummilösung auf der Oberfläche von ausgezupften roten oder blauen Seidenfäden können sie auch gemacht werden. Die Nägel werden am besten, wenn es auf ihre Genauigkeit ankommt, separat aus reinem kolorierten Wachs gegossen, da die Beimischung von Talk und Mehl den Glanz des normalen Nagels zu sehr beeinträchtigt.

Die selbständigen Krankheiten des Haares, d. h. diejenigen, die abgesondert von den Läsionen der behaarten Haut vorkommen, würden dem Modellisten ungeheure Schwierigkeiten bieten, und sind auch, soweit ich weifs, nie von den Berufsmodellisten als Gegen-

stände für Modelle unternommen worden. Glücklicherweise können alle körperlichen Darstellungen der Krankheiten des Haares in der vollkommensten und befriedigensten Art durch akkurate Zeichnungen ersetzt werden, und dem Modellisten entschwindet dadurch die Notwendigkeit, sich in die wissenschaftlichen Geheimnisse der Perückenfabrikation hineinzumischen. Die Schamhaare von Leichen kann man auf den entsprechenden Teilen mit Gummi ankleben; ebenso vertreten zwei lange Haarlocken ganz gut das Vorderhaar des Kopfes. Augenbrauen und Wimpern können wohl genügend durch Anstreichen von Bogenlinien mittels einer Mischung von Rotöl mit Braun resp. Rot oder Schwarz an den gehörigen Stellen kopiert werden; rasierte Flecke mit Pünktchen.

Endlich befestigt man das vollendete Modell auf einem schwarz angestrichenen Holzbrett, welches einen vortrefflichen Hintergrund zum Accentuieren der Farben hergibt, und die abgebrochenen Ränder mag man auch des Aussehens wegen mit weifsen Kaliko umrahmen.

Dafs diese Prozedur sich nicht allein auf die Gebiete der Hautkrankheiten beschränkt, versteht sich von selbst, und man braucht kaum die prachtvollen in einigen Museen schon befindlichen chirurgischen Modelle anzuschauen, um gleich zu verstehen, wie viel wertvoller, besonders für Unterrichtszwecke, eine ausgewählte und mit Treue ausgeführte Sammlung von solchen Modellen sein würde, als die jetzigen entfärbten, meistens durch Flüssigkeit und gekrümmte Gläser verdrehten Präparate, die den Studenten so oft ganz nutzlos sind.

Noch einmal möchte ich betonen, dafs das Verfahren keine früher erworbene, künstlerische Erfahrung verlangt, sondern blofs denjenigen Verstand und diejenige Geschicklichkeit, welche sämtliche Mitglieder unsers Faches mutmafslich besitzen.

Von der Ausstellung zu Kopenhagen.

Technik des Excisionsverfahrens bei Initialskerose.

Von

Dr. Wolff

in Strafsburg i. E.

Mit 1 Abbildung.

Die ersten Excisionen, die ich ausführte, hatte ich mit einer doppeltgefensterten Desmarresschen Pinzette vorgenommen. Da sich aber diese weder bei jeder Form noch bei jeder Gröfse von

Sklerosen leicht verwendbar zeigte, liefs ich das unten abgebildete Instrument verfertigen. Es besteht aus einer Pinzette, welche statt eines ovalen Fensters ein gröfseres kurvenlinealförmiges Fenster trägt, so dafs Gewebsteile beliebiger Form und Gröfse damit gefafst werden können. Der innere Teil der Fafs-Enden trägt eine Rinne, welche das Festhalten der Gewebe erleichtert, resp. das Ausgleiten der Teile verhindert. Mit der Schere kann man natürlich auch kleinere Sklerosen auf einmal entfernen und die Wunden nachträglich der Heilung durch Granulation überlassen; wenn aber unter solchen Umständen ein Recidiv in loco stattfindet, so ist das Vernarben nur ein langsames. Wir befinden uns dann wieder in der gleichen Lage wie vor der Operation und der Pat. hat wieder wochenlang eine Wunde mit sich herumzutragen, ja gewöhnlich wird die neue Sklerose

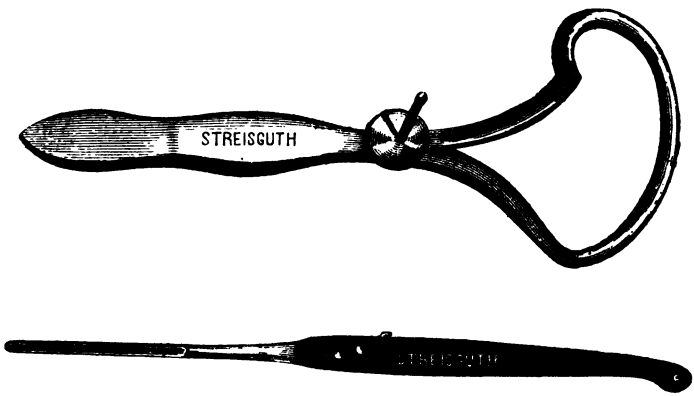


Fig. 11.

nur noch gröfser als die erste. Werden Suturen angelegt, und tritt ein Recidiv ein, so ist gewöhnlich der Zerfall der infiltrierten Gewebe nicht mehr zu beobachten, wenn die Wunde per primam geheilt war. Ich halte es daher für zweckmäfsig, Suturen anzulegen und um dieses leicht ohne Narkose ausführen zu können, verfahre ich folgendermafsen.

Nach notwendigen Reinigungskautelen der Sklerose und der Umgebung werden die Gewebe mit dem der Sklerose am besten entsprechenden Teil der Pinzette gefafst und das Instrument eingeschraubt, so dafs die gefafsten Teile nicht mehr entweichen können. Dann wird ein Robinscher Ätherspray auf die Sklerose gerichtet und die übrigen Teile durch ein perforiertes Stück Watte geschützt.

Eine entsprechende Anzahl Stecknadeln werden dann am äufseren Rande der Pinzette durchgeschoben und die Sklerose mit dem sehr dünnen und schmalen geknöpften Bisturi, welches der

kleinsten Kurvatur der Pinzette folgen kann, am inneren Rande ausgeschnitten.

Es wird alsdann die Pinzette aufgeschraubt und bleibt uns nur die Vereinigung der Ränder übrig — am besten mit einem desinfizierten Stück Baumwollfaden, weil dieser elastischer als Seide ist. — Ich halte es für gut, die Wunde bluten zu lassen, und erst wenn die Blutung spontan zu sistieren anfängt, die Vereinigung vorzunehmen, da eine Blutung nach angelegten Suturen leicht eine Verschiebung der Ränder oder eine gröfsere Ekchymose zustande bringen würde, welche die Heilung per primam beeinträchtigen könnte. Eine nachträgliche Blutung kommt um so leichter zustande, weil die Wundränder und die darin befindlichen Gefäfse durch die Pinzette komprimiert worden waren.

Das beschriebene Verfahren bietet den Vorteil, das Anlegen der Nähte in einem Tempo zu ermöglichen. Die Breite der Pinzette erlaubt es, die Stecknadel ohne mehrmaliges Fassen der Ränder mit Pinzetten an richtiger Stelle einzuführen, so dafs die Bedingungen zu einer regelmäfsigen Vereinigung der Ränder einfach und sicher gegeben sind. Und wenn in solchem Falle, wo die Vereinigung per primam bei unserm Verfahren die Regel darstellt, selbst ein Recidiv eintreten sollte, so pflegt keine neue Ulceration die Narbe zu zerstören.

Die Schmerzen bei der Operation sind sehr geringe, nur wenn nach dem Erfrieren die Sensibilität sich wieder einstellt, klagen die Patienten während einiger Minuten.

Die Excision der Initialsklerose.

Von

Dr. P. Michelson

in Königsberg i./Pr.

Mit 1 Abbildung.

Um bei der Excision syphilitischer Initialsklerosen den Erkrankungsherd ohne die Hilfe eines Assistenten sicher fixieren zu können, bediente ich mich anfänglich der Desmarreschen Entropium-Pinzette. Es zeigte sich indes bald, dafs bei Benutzung derselben die Längenausdehnung der ausgeschnittnen Hautstelle unnötig grofs wird. Ich liefs daher eine Schieber-Pinzette konstruieren, deren Bifs-Enden geeignet sind, die knotenförmigen Indurationen, um die

es sich in der Regel handelt, genauer zu umschliefsen. Die gewählte Form quer-ovaler, scharfkantig aneinanderschliefsender, innen geriefter Ringe hat sich im Gebrauche bestens bewährt.

Der Modus procedendi bei der kleinen Operation ist ein sehr einfacher. Nach vorgängiger Abspülung des Operationsfeldes mit 3prozentiger Karbollösung und gründlichem Betupfen des Ulcus induratum und seiner näheren Umgebung mit in 5prozentige Karbollösung getauchter Wundwatte werden die Bifsenden der Pinzette der Art über die sklerosierte Partie hinübergeschoben, dafs in der gefafsten Falte noch eine Randzone von 4—5 mm gesunder Haut enthalten ist. Nunmehr wird der Schieber geschlossen, und während dann mit der linken Hand die in der Pinzette unverrückbar fixierte Hautfalte straff anzuziehen ist, erfolgt die Abtrennung derselben durch eine in der rechten Hand geführte Coopersche Schere mit wenigen, hart an der Kante der Bifsenden entlang geführten Schnitten. Sorgfältig angelegte Knopfnähte von karbolisierter Seide vereinigen die Wundränder und dienen event. zugleich zur Blutstillung. Sodann Aufstreuen von etwas pulverisiertem Jodoform, Zurückbringen des Präputiums in seine normale Lage und Anlegen eines aus antiseptischer Gaze und Wundwatte bestehenden Verbandes. Dieser hat die Eichel freizulassen, da er andernfalls bei jedem Urinieren durchnäfst wird; zu seiner Befestigung genügt ein lose umgeschlungener Faden oder ein locker ansitzender Gummiring. Enfernung der Suturen möglichst spät, in der Regel nicht vor dem 5. Tage.

Fig. 12.

Meine Excisionspinzette wird von S. Grunewald in Königsberg i./Pr. vorrätig gehalten; in den Katalogen von Windler-Berlin und Grunewald-Königsberg ist sie unter Nr. 996 angeführt. Preis 7 Mark.

Über Suspensorien.

Von

P. G. Unna.

Mit 18 Abbildungen.

Die vielfachen neueren Versuche, das unentbehrliche Verbandmittel der Suspensorien praktischer und vor allem wirksamer zu gestalten, fanden in Kopenhagen ihren Ausdruck durch eine Kollektion

von Suspensorien, die von vier verschiedenen Seiten eingeschickt waren, von Dr. S. Kohn aus Wien, Dr. Jhle aus Leipzig, von Professor Neisser aus Breslau und vom Verfasser.

Da die Ihleschen Suspensorien sich am nächsten an die gebräuchlichen anschliefsen, so setze ich die kurzen beigefügten Erläuterungen dieses Autors wörtlich voran, um sofort eine kritische Besprechung daran anzuknüpfen. Aus der vergleichenden Betrachtung dieser und der übrigen werden sich sodann prinzipielle Gesichtspunkte ableiten lassen, die für die ganze Frage nicht ohne Interesse sein dürften.

„Die mir bekannten Suspensorien haben die Unannehmlichkeit, dafs der Beutel in direkter Verbindung mit dem Leibgurt steht (s. Fig. 1 und 2), d. h. dafs der Leibgurt (a) von hinten und oben nach vorn und unten verläuft, also über die cristae ossis ilei leicht herabgleiten kann und dann der eigentliche Zweck des Suspensoriums, eine Fixierung des Hodens zu bewirken, verfehlt wird.

Dieser Übelstand hat mich auf den Gedanken gebracht, ein Suspensorium zu konstruieren, bei welchem der Leibgurt (a) horizontal zu liegen kommt (s. Fig. 3 und 4), d. h. vorn und hinten in gleicher Höhe um den Leib verläuft, also ein Herabgleiten desselben über die Hüften verhindert wird. Die natürliche Folge davon ist, dafs, um die Abdominalatmung nicht zu hindern, der Leibgurt entweder vollständig aus Gummi bestehen, oder, was weniger kostspielig ist und seinen Zweck ebenso gut erfüllt, dafs hinten ein starker Gummieinsatz (f Fig. 4 b) eingefügt werden mufs.

Selbstverständlich mufsten, um die Verbindung des Gürtels (a) mit dem Beutel (b) zu ermöglichen, Bänder (Fig. 3 und 4 [c und d] gleichfalls aus stärkerem Gummiband) zur Verbindung zwischen Beiden dienen. Dadurch, dafs diese Bänder (c und d) nicht fest an dem Leibgurt angenäht sind, sondern auf die unten beschriebene Weise (e) befestigt werden, ist zugleich ein leichteres Abnehmen des Beutels ermöglicht, indem man dann den keineswegs beschwerlichen Gürtel (a) um den Leib liegen lassen kann, während der Beutel (b) mit Leichtigkeit entfernt wird. Doch ist die Abnahme des von mir so modifizierten Suspensoriums Fig. 3 und 4 bei der Defäkation überhaupt nicht geboten, wie dies bei den bisher gebräuchlichen (Fig. 1 und 2) kaum zu umgehen war, ohne die Schenkelriemen (d) zu beschmutzen. Ich habe dieselben möglichst weit nach der vorderen Medianlinie an dem Leibgurt befestigt (Fig. 5 [e]), so dafs sie vom Beutel (b) am After (Fig. 4 b [i]) in möglichst grofsem Winkel auseinandergehen, und ferner dadurch, dafs sie fest in den Glutäalfalten (g) zu liegen kommen, sich nicht verschieben können.

Diese Änderung zeigt sich besonders vorteilhaft an dem Langlebertschen Suspensorium (s. Fig. 4 b). Die Anlegung desselben, welche eigentlich Sache des Arztes ist, kommt nur dann zur vollkommenen Wirksamkeit, wenn die Bandage längere Zeit ruhig liegen bleiben kann, indem dessen ausgezeichnete Wirkung (vor allem bei Epididymitis) nicht nur darin besteht, dafs (im Gegensatz zu dem Frickeschen Verband) durch gleichmäfsigen milden Druck ein Rückgehen der Anschwellung bewirkt wird, sondern hauptsächlich, dafs durch das unter dem Suspensorium und über der Watte befindliche wasserdichte Zeug ([m] Fig. 4 a) nach Art eines Priefsnitzumschlages eine gleichmäfsige, höchst wohlthuende, feuchte Wärme erzeugt wird. Durch ein- bis zweimaliges tägliches Abnehmen, welches bei dem gewöhnlichen Langlebertschen Suspensorium (Fig. 2) kaum vermieden werden kann, ohne dasselbe zu beschmutzen, wird diese heilsame Wirkung illusorisch gemacht. So kann man auch bequem den Schenkelriemen (d) an demselben Haken (e) an der Vorderseite des Gurtes befestigen,

Fig. 1.

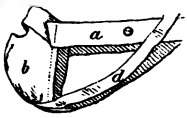
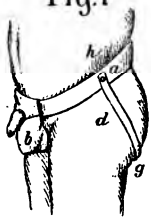


Fig. 1



Ursprüngliches Suspensorium

Fig. 2ª

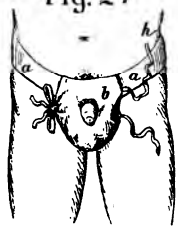
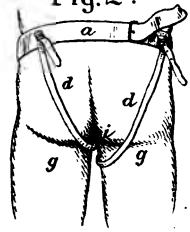


Fig. 2ᵇ



Ursprüngliches S. n. Langlebert

Fig. 5.

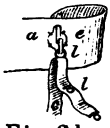


Fig. 3ª

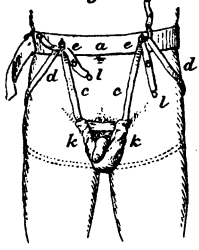


Fig. 4ª

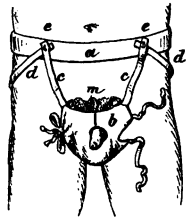


Fig. 4ᵇ

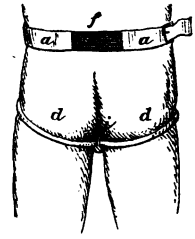


Fig. 3ᵇ

Jhles Suspensorium

Langleberts Suspensorium
modificirt nach Jhle

Fig. 6ª

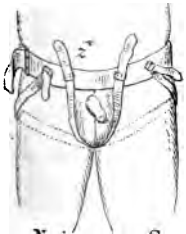
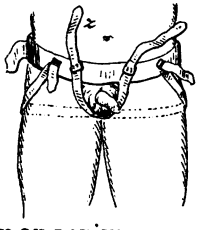


Fig. 6ᵇ



Neissers Suspensorium

Fig. 7ª

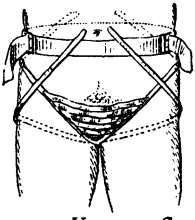


Fig. 7ᵇ

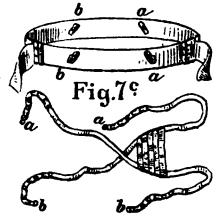
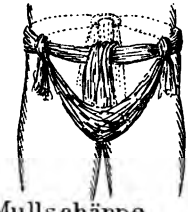


Fig. 7ᶜ

Unnas Suspensorium

Fig. 8ª

Fig. 8ᵇ



Unnas Mullschärpe
Erste Position von hinten
End-Position von vorne

Fig 9ª

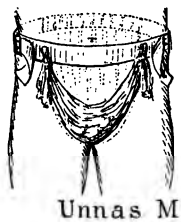
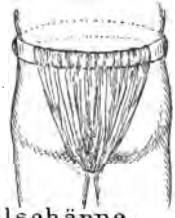


Fig. 9ᵇ



Unnas Mullschärpe
mit elastischem Gürtel
von vorne von hinten

an welchem die von der Vorderseite des Beutels aufsteigenden Bänder (c) befestigt werden. Ich habe zu den Schenkelbändern ebenfalls Gummiband verwendet, damit dieselben möglichst stramm angezogen werden können, ohne zugleich der Bewegung beim Gehen hinderlich zu sein.

Indem nun die elastischen Bänder, welche nach vorn aufsteigen (c), möglichst kurz genommen werden und dann die Schenkelriemen (d) andernteils gleichfalls straff angezogen werden, wird der Hoden etwas gehoben und so fixiert; dieser Zweck kann aber nur durch Gummibänder erreicht werden, da nichtelastische Bänder bei festem Anziehen reiben und bei der Bewegung der Schenkel nicht nachgeben würden.

Die Form des Beutels darf aber (und das ist eine der Hauptbedingungen) nicht dieselbe sein wie bei Figur 1, weil sonst dem Hodensack zu viel Spielraum gewährt wird. Ich habe den Beutel, weniger bei dem Langlebertschen Suspensorium (weil bei demselben durch die Wattierung dieser Übelstand ausgeglichen wird), als vielmehr bei dem kleinen Trippersuspensorium möglichst verkleinert und denselben ringsum mit Gummischnur ([k] Fig. 3 a und b) einfassen lassen, wodurch ein festeres Umfassen des Hodens namentlich auch nach der hinteren Seite bedingt ist, und ein Herausgleiten desselben aus dem Beutel unmöglich gemacht wird.

Nicht bloſs bei Gonorrhöe, sondern auch beim Reiten in prophylaktischer Hinsicht empfehlen sich diese so modifizierten Suspensorien.

Um für stärkere und schwächere Individuen nicht verschieden groſse Suspensorien vorrätig zu halten, ist es vorteilhaft, an den reichlich langen vorderen (c) und hinteren (d) Bändern in angemessenen Zwischenräumen mehrere Schlingen (l) anzubringen, um dieselben kürzer und länger schnallen zu können; da sich ferner die Gummibänder bei längerem Gebrauche ausdehnen, so ist diese Einrichtung nur zu empfehlen.

Diese Schlingen (l) sind deshalb vorteilhaft, weil sich an Gummibändern schwer Löcher anbringen lassen, und selbst eingeschlagene Ösen die Haltbarkeit beeinträchtigen.

Ein einfacher Haken am Leibgurt genügt aber um, wie oben angedeutet, zur Befestigung der vorderen (c) und hinteren (d) Bänder zu dienen dann nicht, weil bei stärkeren Bewegungen im Hüftgelenk die zuletzt einzuhakenden Schenkelbänder wieder herausspringen würden. Es wurden deshalb Haken nach Art der Karabinerhaken (s. Fig. 5) verwendet."

Ich habe die Ihleschen Suspensorien praktisch verwendet und bin mit ihren Leistungen, besonders gegenüber den gewöhnlichen Sorten des Handels, sehr zufrieden. Als besondere Vorzüge muſs ich folgende hervorheben:

1. Das durchaus richtige Prinzip des zirkulären Bauchgurts (statt des gewöhnlichen, schrägen). Nur der zirkuläre Gurt gibt bei einem leicht und elastisch konstruierten Suspensorium die Garantie gleichbleibender Lage.

2. Die Elastizität des Bauchgurtes. Ich ziehe vollständig elastische, breite Bauchgürtel bloſsen elastischen Einsätzen vor.

3. Die Trennung von Gürtel und Beutel, von denen ersterer bei Abnahme des letzteren an seiner Stelle bleiben kann.

4. Die Elastizität der Tragbänder des Beutels. Unelastische Bänder werden entweder, wenn schwach angezogen, beim Sitzen lose, oder sie bewirken, wenn stark angezogen, beim Aufstehen eine Achsenverdrehung der Schnallen, resp. Haken.

5. Die Möglichkeit ungehindeter Defäkation ohne Abnahme des Beutels, welche durch die weit nach vorn verlegte Aufhakung des hinteren Tragbandes herbeigeführt wird.

6. Der Ersatz der gewöhnlichen, eingeschlagenen Löcher in den Tragbändern durch aufgenähte Schlingen (Ösen), welche die Elastizität der Bänder nicht beeinträchtigen.

7. Der Ersatz der Schnallen durch Sicherheitshaken an den Tragbändern.

8. Die Anpassung eines Suspensoriumformates an alle Körpergröfsen durch lange Tragbänder und eine grofse Anzahl Ösen.

Bei allen elastisch und leicht konstruierten Suspensorien sollten diese acht wirklichen Verbesserungen Berücksichtigung finden. Auszusetzen an den Ihleschen Suspensorien habe ich nur folgendes:

a. Zunächst ist die Adaptierung des Leibgurtes an den jeweiligen Bauchumfang durch eine, einseitig gelegene Schnalle herbeigeführt. Die Folge ist, dafs bei starkem Zusammenschnüren, wie es bei mageren Leuten notwendig wird, sämtliche fixen Anknüpfungspunkte der Tragbänder einseitig verschoben und also unsymmetrisch werden. Dieser Umstand fällt nicht ins Gewicht bei gewöhnlichen Suspensorien, von denen viele Gröfsen vorrätig sind, wohl aber für eines, dafs sich allen Gröfsen anpassen soll.

b. Sodann erscheint mir der elastische Saum des Beutels wenig wirksam, wenn ein wirklich fester Anschlufs an den Hoden bezweckt wird, und unbequem wie jeder seitlich an dem Hodensack hinaufgeführte Strang. Es gibt viele Menschen, denen hier auch der kleinste Druck lästig ist. Wir haben nur ein Mittel der Hodenkompression bei den Suspensorien; man mufs den ganzen Hodensack nach oben an den Bauch hinanziehen, wie wir es beim Suspensorium von Neisser und bei den meinigen sehen werden.

c. Aber nicht nur der Kompression des Hodensackes wird wenig Genüge geleistet, auch — und dies ist viel wichtiger — die Hebung des Hodensackes kann nicht in hinreichend starker Weise bewerkstelligt werden. Dies hat seinen Grund in der sehr verschiedenen Länge der vorderen und hinteren Tragbänder. Wären diese unelastisch, so käme ihre Länge nicht in Betracht; ihr Zug würde nur von dem Grad ihrer Anspannung abhängen. Aber elastische Bänder ziehen um so wirksamer, je länger sie sind, weil sie um so mehr elastisches Material bergen. Daher haben bei gleichmäfsiger Anspannung stets die viel längeren hinteren Tragbänder das Übergewicht. Mit einem Wort: Der Hodensack wird mehr nach hinten gezogen und einfach platt gedrückt als nach vorne und oben gehoben. Will man mit den Ihleschen Suspensorien eine tüchtige Hebung erreichen, so müssen die vorderen Tragbänder über die Gebühr angespannt werden und dann tritt ein andrer Umstand ein:

der Bauchgürtel wird herabgezogen und das Prinzip des zirkulären Bauchgurts illusorisch.

Dieser letzte und Hauptfehler läfst sich nun aber sehr einfach beseitigen dadurch, dafs man die vorderen Tragbänder des Beutels nicht vorne über dem Hodensack befestigt an demselben Punkt (e) (Figg. 3 und 4) wie die hinteren, sondern dafs man sie eben so lang macht wie die hinteren und dieselben, mit letzteren sich kreuzend, über Leistenbeuge und Darmbeinkamm in möglichst langer und flacher Spirale nach hinten führt und sie hier nahe der Mittellinie befestigt. Dann hört auch sofort der seitliche, so vielen unangenehme Druck auf den Hodensack auf, und überdies ist mit einer vorzüglichen Hebung der Hoden auch eine ausreichende Kompression derselben gewährleistet und auch der zweite Fehler (b) beseitigt. Die gröfsere Wirksamkeit eines so konstruierten Tragbandes beruht auf dem Prinzip, dafs durch einen spiralig wirkenden, elastischen Zug mit geringer Kraft verhältnismäfsig grofse Wirkungen zu erzielen sind, was wir ja von der Esmarchschen Einwickelung bereits seit langer Zeit wissen.

Im ganzen ist also von den Ihleschen Suspensorien zu sagen, dafs sie viele technische Vorzüge vor den gewöhnlichen haben, und wenn man nur geringeren Wert auf eine stärkere Hebung der Hoden legt, wirklich allen Ansprüchen genügen. Sie sind leicht konstruiert, leicht an- und abzulegen und beim Stehen und Sitzen gleich bequem. Endlich sind sie nach unsrer Ansicht noch in erheblichem Grade auf oben gedachte, einfache Weise zu verbessern.

Die Preise desselben belaufen sich bei dem Verfertiger, Bandagisten Metzler, Liebigstrafse 6, Leipzig, auf zwei bis drei Mark.

An der Hand der Ihleschen Suspensorien sind die von Kohn eingeführten Modifikationen leicht verständlich. Da der Autor dieselben bereits im vorigen Jahre in der *Wiener med. Presse* genau beschrieben, soll hier nur eine kurze Erläuterung der Abbildung folgen.

Als wesentlichen Mangel der bisherigen Suspensorien sieht auch Kohn die mangelnde Suspensionsfähigkeit infolge der schrägen Gürtellage an und trägt diesem Umstande ebenfalls durch einen zirkulären Bauchgurt Rechnung. Ebenso finden wir hier die Trennung von Gürtel und Beutel und das Prinzip der indirekten Hebung des Hodensackes durchgeführt. Weiter sind wie bei den Ihleschen die hinteren Tragbänder sehr lang und weit nach vorne aufgeknüpft, so dafs auch hier das Abgleiten derselben aus den Gluatealfalten erschwert und die Defäkation erleichtert wird. Wesentlich unterscheidet es sich von den ersteren aber dadurch, dafs sowohl der Bauchgurt als die Tragbänder aus unelastischem, wenn auch sehr feinem und solidem Material gearbeitet sind. Dies ist nach unsrer Ansicht ein Fehler, da das Suspensorium bei unelastischen Bändern unmöglich beim Stehen und Sitzen gleichermafsen fest sitzen kann. Mindestens hätten die hinteren Tragbänder elastische sein müssen.

Die vielen eingeschlagenen Löcher in denselben gewähren wohl eine Korrektur nach der Gröfse des Patienten, aber keinen ständigen Anschlufs bei allen Bewegungen.

Über die Anknüpfung der vorderen Tragbänder des Beutels haben wir dasselbe zu sagen wie bei den IHLEschen. Sie bewirken keine genügende Hebung. Wenn sie stark angezogen werden, wird der Bauchgürtel beim Gehen leicht nach unten gezerrt und in die verpönte schräge Lage gebracht. Würden sie statt dessen in den Leistenbeugen schräge nach hinten laufen und hier aufgeknüpft, so könnten sie sehr stark angezogen werden, ohne den Gürtel herabzuzerren. Die beiden vorderen Tragbänder sind bei dem KOHNschen Suspensorium den Patienten sogar drückender und weniger angenehm als die gleichlaufenden bei den IHLEschen, sobald sie fest angezogen sind; ich habe das durch abwechselndes Tragen beider Formen praktisch erproben lassen; wahrscheinlich liegt dieses auch an dem Mangel an Elastizität des ersteren.

Hingegen spenden wir der sicheren, wenn auch etwas umständlichen Befestigung an ziemlich grofsen Sicherheitshaken an dem KOHNschen Suspensorium unser volles Lob.

Einem andren Punkte, auf den KOHN grofses Gewicht legt, die Beseitigung des Penisloches, möchten wir nicht so grofsen Wert beilegen und zwar deshalb nicht, weil die stark angezogenen, vorderen Tragbänder den oberen Rand des Beutels in ähnlicher Weise an der Penishaut reiben lassen wie sonst das bekannte Penisloch. Auch dieser Umstand wird erst ganz beseitigt, wenn der Beutel, anstatt nach oben, schräge nach rechts und links auseinandergezogen wird und für Hodensack und Penis zugleich ein gemeinsam hebendes Polster darstellt.

Bei dieser Gelegenheit sei es doch einmal ausgesprochen, was ich in allen diesbezüglichen praktischen Lehrbüchern vermisse, dafs die gewöhnliche Lage gerade nach vorne, welche dem Penis bei blennorrhoischen Erkrankungen durch das Suspensorium künstlich aufgezwungen wird, zu den seltsamsten Inkonsequenzen gehört. Fast niemand trägt die Genitalien in gesundem Zustande anders als geschützt in einer Seite. Dann aber, wenn sie mehr wie je vor Druck und Reibung geschützt werden sollten, bei dem akuten und chronischen Tripper, wird der Penis gemeiniglich in die unbequemste Lage gerade nach vorn gebracht. —

Als besondere Zugabe zu seinem Suspensorium hat KOHN noch eine Penistasche (s) bei akuter Blennorrhöe angegeben, die von wasserdichtem dünnen Zeuge gefertigt ihren Zweck gewifs erfüllt.

Aber auch hier kann ich den Hinweis auf ein viel einfacheres Mittel nicht unterlassen, das sich merkwürdigerweise überall noch nicht spontan eingebürgert zu haben scheint. Ich lasse blofs beständig ein Fläumchen einfach entfetteter Verbandwatte zwischen

Eichel und Vorhaut tragen, das wie ein Propf aus der Flasche zur vorderen Öffnung der Vorhaut hersorsieht. Wo keine Vorhaut vorhanden ist, kommt ein längerer Streif Watte auf die Unterfläche der Eichel, wird nach der oberen herumgeschlagen und durch ein in der Koronarfurche verlaufendes Gummibändchen, Drätchen oder gewöhnliches Bändchen fixiert. Bei jeder Injektion etc. wird das minimale, beschmutzte Wattefläumchen verbrannt oder vernichtet, das direkt auf der Urethralmündung liegt. Auch das Wattelager in der Penistasche kann keine solche Reinlichkeit bewirken, wie diese minimale aber fixierte Wattemenge. Seit sieben Jahren gebe ich Jahr aus Jahr ein jedem Blennorrhoiker diesen einfachen, praktischen Rat und erwarte noch immer den ersten Patienten, der anstatt mit einer ekelhaft beschmutzten und infizierten Leinenbandage von selbst mit diesem Watteprofen ankommt. Wenn ich aber bisher dem mangelnden praktischen Instinkt des Publikums Schuld gab, sehe ich mich durch die Konstruktion dieser komplizirten Penistasche am Hochsitze unsrer Syphilistherapie doch veranlasst zu glauben, dafs die Schuld an einer mangelhaften Instruktion des Publikums von seiten der Kollegen liegt, zu deren Beseitigung ich hiermit auffordere.

Kohn hat endlich ebenso wie Ihle das Langlebertsche Suspensorium mit seinen Verbesserungen modifiziert.

Unser allgemeines Urteil über das Kohnsche Suspensorium wäre somit dahin zusammenzufassen, dafs es mit dem Ihleschen die meisten Vorzüge vor den gewöhnlichen teilt und dieselben an Eleganz der Ausführung (die eingesandten Exemplare stammen von J. Odelga, Wien) übertrifft, denselben aber an immerwährendem guten Anschlufs bei jeder Bewegung nachsteht. Durch Verwendung elastischen Materials und seitlicher Verlegung der vorderen Tragbänder wäre auch dieses Suspensorium erheblich zu verbessern.[1]

Während bei den bisher besprochenen Suspensorien dem allgemein empfundenen Mangel an genügender Suspension durch das gleiche und unabhängig gefundene Prinzip des zirkulären Gürtels und getrennten Beutels abgeholfen werden sollte, ist bei dem Neisserschen derselbe Fehler auf eine ganz andre und neue Weise kuriert.

Dieses von Paul Schmidt (Breslau) verfertigte Suspensorium macht einen viel weniger versprechenden Eindruck als die leicht gebauten von Ihle und Kohn, hält aber mehr als es verspricht. Es ist ein nach gewöhnlicher Weise schräger, aus breitem, un-

[1] In bezug auf die Erschlaffung der vorderen Tragbänder beim Sitzen schreibt mir Herr Dr. Kohn: „Übrigens mufs man bedenken, dafs gleichzeitig die Hose bei einem eventuellen Niedersetzen den Suspensoriumsack zurückhält und es ein Unterschied ist, ob der Kranke sich nackt oder mit einer Hose bekleidet niedersetzt.“ Und weiter: „Ich glaube, die Vorteile meines Elastiksuspensoriums noch dadurch bereichert zu haben, dafs ich die Kautschukeinlage durch Gummierung der Innenfläche des Elastiksackes ersetze. Eisumschläge oder Salben habe ich bei der Behandlung der Epididymitis mit diesem Suspensorium nicht für notwendig erachtet. Eine einmalige Applikation des Verbandes, dessen Watteausfüllung höchstens 2—3 mal im Laufe von 14 Tagen gewechselt wurde, genügte. Der Schmerz schwand sofort. Die Heilungsdauer betrug in allen Fällen 12—14 Tage.“ (Nachträgliche briefl. Mitt.)

elastischem Band sehr stark gearbeiteter Gürtel, welcher direkt mit dem ebenfalls stark und übermäfsig grofs gearbeiteten Beutel verbunden ist. Der Beutel hat also keine vorderen sondern nur hintere Tragbänder und auch diese sind unelastisch und verhältnismäfsig breit. Sehr grofse, aber besonders sorgfältig unterpolsterte Schnallen, die für die hinteren Suspensoriumsbänder schräge angenäht sind, machen das Ganze nur noch schwerer. Die Hebung des Hodensacks wird nun ganz allein durch einen breiten Zeugstreifen bewirkt, den ich aus Mangel an Originalmitteilungen darüber als den „Zügel" bezeichnen will. Derselbe besteht aus einer ovalen Zeugplatte, deren Mittellinie fest mit der Dammnaht des Beutels vernäht ist und deren seitliche Enden lose in zwei Bänder übergehen, die an dem schrägen Gürtel ungefähr da durch zwei grofse, schrägsitzende, wiederum unterpolsterte Schnallen befestigt und beliebig verkürzbar sind, wo bei den früheren Suspensorien die Tragbänder aufgehängt wurden. Der Erfolg der Hebung bei festem Anziehen des Zügels ist überraschend grofs, und wenn man sich nach den vorhergehenden Erörterungen fragt, woher es denn kommt, dafs bei genügend festem Anziehen nicht auch hier der schräge Gürtel herabgezogen wird und über die Darmbeinkämme abgeleitet, so ist es die ungemein feste und grofse Ausführung aller Teile, die Eigenschwere des Suspensoriums, welche es verhindert. Um mich eines bekannten Vergleiches zu bedienen, so verhält sich dieses Suspensorium zu den früher besprochenen, wie die enge und schwere Uniform zur Zivilkleidung. So unbequem die erstere zunächt sitzt, so bald hat man sich an sie gewöhnt und findet sie dann bequemer als letztere, weil sie eben immer gleichmäfsig fest sitzt. So lautet etwa das Urteil meiner Patienten darüber.

Ich halte das Neissersche Suspensorium für diejenige Form, in der das alte Prinzip des schrägen Gürtels überhaupt noch allein durchführbar ist. Der Zügel hebt den zuerst sehr lose sitzenden Beutel ungefähr so wie eine unterfassende hebende Hand. Eine einzige Verbesserung würde es nach meiner Meinung noch dadurch gewinnen, dafs die hinteren Suspensoriumsbänder elastisch gemacht würden, dadurch würde der Beutel stärker nach hinten gezogen und — abgesehen von dem gleichmäfsigeren Sitzen in allen Körperlagen — der mit nach hinten gezogene Zügel noch besser als jetzt den ganzen Hodensack zu heben imstande sein.

Vom Verf. figurierte auf der Ausstellung als Suspensorium dessen „Mullschärpe", deren Kenntnis ich bei einem gröfseren Teil der Leser wohl voraussetzen darf. Dieselbe wurde vor 3 Jahren in der *Deutschen med. Wochenschrift.* 1882. Nr. 17. von mir beschrieben. Da ich dieselbe heute noch ausschliefslicher gebrauche als damals, möchte eine kurze Besprechung derselben hier ganz am Platze sein. Vorher möchte ich jedoch ein Suspensorium (Fig. 7 a) bekannt machen,

welches ich in Fortentwickelung der Ideen von KOHN und IHLE mir konstruiert habe und mit welchem ich auch den letzten, bei Besprechung dieser gerügten Mängeln aus dem Wege zu gehen glaube.

Da ich als Hauptzweck eines jeden Suspensoriums die gleichzeitige Hebung und Kompression der Hoden betrachte, aus dem eben erörtertem Grunde aber es als einen Fehler ansehe, diese Erleichterungen bei einer entzündlichen Genitalaffektion blofs den Organen des Hodensacks und nicht auch zugleich dem Penis zukommen zu lassen, so legte ich mir die Fragen vor:

1. Wie kann bei dem Prinzip des zirkulären Gürtels eine stärkere Hebung und Kompression bewirkt werden, ohne den Gürtel herabzuziehen?

2. Wie kann man zugleich den ganzen Genitalapparat en bloc heben und komprimieren, ähnlich wie es bei meiner Mullschärpe geschieht?

Die erste Frage habe ich schon oben implicite dahin beantwortet, dafs, wenn der Beutel nicht gerade herunterhängt, sondern an spiralig den Leib halb umschlingenden Bändern hinten aufgehängt wird, er selbst bei stärkster Anspannung den Gürtel nicht herabziehen kann, da die nach unten gerichtete Kompenente dann von der horizontal gerichteten bei weitem überflügelt wird. Die vorderen Tragbänder müssen daher nach oben auseinanderweichen, sich dem natürlichen Weg der Inguinalfalten anschliefsen und oberhalb der Darmbeinkämme in den Weichen nach hinten bis nahe zur Mitte jederseits schräge aufwärts hinlaufen. Dadurch erreichen wir nebenbei mit einem Schlage sowohl dafs auch der stärkste Zug derselben nicht seitlich auf die Hodensackgebilde durch Druck beschwerlich fallen kann als auch, dafs die viel längeren Bänder, wenn sie aus elastischem Material sind, für die eo ipso längeren, hinteren Bänder den nötigen Gegenzug hergeben.

Einen festen Punkt an der Grenze zwischen Damm und Scrotum angenommen, müssen also unter etwa 90° zwei elastische lange Bänder von hier nach vorn und ebenso zwei nach hinten gehen. Ich lasse deshalb einfach 2 Gummibänder von je zwei Meter Länge unter rechten Winkeln gekreuzt aneinander nähen (Fig. 7 c), der Kreuzungspunkt liegt auf dem Damme, zwischen Hodensack und After.

Anstatt nun zwischen den vorderen Schenkeln dieses Gummibandkreuzes einen Sack anzubringen, lasse ich leitersprossenartig dieselben durch 6—10 nach vorn immer länger werdende Gummibändchen überbrücken. Dadurch entsteht ein vollständig elastisches Netz aus Gummibändchen, in dem sich sowohl Hodensack als Penis sehr bequem aufnehmen lassen, nachdem man beide Organe durch eine dicke Lage Watte geschützt hat.

Hiermit war auch meine zweite Frage beantwortet und — wie man sieht — auf eine sehr einfache Weise. Nur über die Art der

Anbringung der leitersprossenartigen Bänder muſs ich noch ein Wort sagen. Soll dieser Teil bequem sitzen, so muſs der Bandagist die vorderen Gummibänder auf einer Tafel genau so aufheften, wie sie am Körper laufen sollen, also zuerst (Damm) einen spitzen, dann (Kruroskrotalfalten) einen stumpferen und zuletzt (Inguinalfalten) einen sehr stumpfen Winkel bildend, mit einem Worte: nach auswärts geschweift. In dieser Lage muſs er die Leitersprossen in stark ausgerecktem Zustande überheften und festnähen. Hebt er dann die fertige Leiter ab, so nimmt sie durch Kontraktion von selbst die Gestalt eines Beutels an, der dann beim Anziehen wieder ganz nach Belieben angespannt mehr oder minder die Form einer schwach gekrümmten Fläche erhält und im selben Maſse die ad maximum erhobenen Organe mehr und minder komprimiert.

Im übrigen habe ich mich an die von Kohn und Ihle eingeführten Verbesserungen gehalten. Statt der Schnallen befinden sich am Gürtel Sicherheitshaken für die Tragbänder in der notwendigen schrägen Richtung. Gewöhnliche Ösen an den Tragbändern, wie Ihle sie hat, lassen sich leicht ein- und aushaken. Den Gürtel nehme ich, wenn er auch etwas teurer ist, lieber ganz elastisch, lasse ihn aber mit zwei Schnallen versehen, damit die festen Ansatzpunkte der Tragbänder beim Verengern des Gürtels nicht verschoben werden. Des bequemen Anziehens halber sitzen beide Schnallen an der vordern Gürtelhälfte (Fig. 7 b); sie sind gut unterpolstert. Ein Maſs genügt für alle Gröſsen.

Die hiesigen Bandagisten Schäfer, Dammthorstraſse 9, und Bolte Nachf., Rödingsmarkt, sowie die Schwanapotheke (Dr. Mielck) halten diese neuen elastischen Suspensorien von mir zum Preise von 4 Mark vorrätig.

Ich habe über diese Neuerung natürlich noch keine längere Erfahrung, aber in den Fällen, in denen mit älteren Suspensorien vertraute Patienten sie getragen haben, waren diese über das Zusammentreffen von ungemeiner Hebung, Kompression und Bequemlichkeit sehr erfreut. In bezug auf die Prophylaxis der Epididymitis möchte ich sie den andern Suspensorien vorziehen. Sie komprimieren nebenbei das Schwellgewebe des Penis sehr vorteilhaft und halten ihn in einem reinlichen Wattebett gut gelagert. Zum Zwecke des Injizierens und Urinierens zieht man das Glied oberhalb der Leiter nach geringer Lüftung derselben hervor. Die Defäkation hindert dieses Suspensorium sowenig wie die von Kohn und Ihle.

Da die Fixation von Medikamenten in der Inguinal- und Kruralregion durch Einführung der Leime, Pasten und Guttaperchapflastermulle seither in vollem Maſse erreicht worden ist, habe ich meine „Mullschärpe“ in den letzten Jahren nur noch zur Suspension der weiblichen Brüste und der Genitalien, hier aber fast ausschliefslich in Anwendung gezogen und ich habe kaum jemals

gemerkt, daſs Patienten, welche ihre guten Seiten kennen gelernt, bei späteren Gelegenheiten wieder zu den alten Suspensorien zurückgegriffen hätten.

Die „Mullschärpe“ (Fig. 8 a, 8 b) besteht aus einem 40 cm breiten, 3—4 Meter langen Stück Verbandmull, welches an einem Ende zu einer 3 Finger durchlassenden Öse umgenäht ist. Man führt dieselbe in der Nabelgegend um den Leib, steckt das freie Ende durch die Öse und zieht den so entstehenden Gürtel so fest an, als der Patient es ertragen kann, führt die Öse sodann gerade hinten auf die Mitte des Rückens und das freie Ende zwischen den Beinen durch nach vorn, wo es, breit entfaltet, die gesamten Genitalien aufnimmt. Das freie Ende wird sodann vorn durch den Gürtel gesteckt und stramm nach unten wieder angezogen, wodurch die Genitalien scharf nach oben gehoben werden. Das freie Ende geht nun wieder zwischen den Beinen zurück nach hinten, schlingt sich noch einmal um den Gürtel und kommt wieder nach vorn zwischen den Beinen durch. Nun ist gerade noch so viel vom freien Ende nach, um es hier aufzuknüpfen. Das geschieht nun zum Schluſs aber nicht vorn in der Mitte, sondern mit Berücksichtigung der oben gedachten Annehmlichkeit für den Patienten, jederseits über den Darmbeinkämmen (Fig. 8 b). Zu diesem Zwecke reiſst man das freie Ende soweit ein, daſs die Genitalien eben noch in dem uneingerissen Teile zu liegen kommen und knüpft je einen der beiden Köpfe rechts und links mit einer einfachen Schlinge am Gürtel. Eine feine Wattelage umhüllt die Genitalien — oder wenigstens den Penis —, ein Wattebäuschchen wird zwischen Steiſsbein und Mullschärpe zur Schonung eingeschaltet.

Die Anlegung, die nebenbei kürzere Zeit erfordert als diese Beschreibung, wird nur einmal täglich nach dem Stuhlgange notwendig, dabei bleibt der Gürtel in seiner Lage. Zum Urinieren und Injizieren genügt es, einen der beiden Köpfe mit seiner Schlinge vom Darmbeinkamme her nach vorn zu ziehen. Dadurch werden die Genitalien locker und lassen sich seitwärts herausheben. Nach der Reposition derselben bewirkt die seitliche Verschiebung des einen Kopfes auf dem Gürtel entlang sofort wieder die Festigung des ganzen Verbandes.

Die Urteile der Patienten selbst haben mich veranlaſst, diese dreifache Hin- und Herschlingung des freien Endes der Mullschärpe dem einmaligen stets vorzuziehen. Der Verband wird dadurch ungemein fest und entschieden auch wirksamer.

Nur zu einer Konzession sah ich mich im Laufe der letzten Jahre veranlaſst, nämlich bei jenen beleibten, älteren Herren, welche anstatt leistenartig vorspringender Darmbeinkämme daselbst überhängende Fettfalten besitzen. Für diese proponierte ich damals eine

Anlegung der Mullschärpe über die Schultern hinweg mit Hindurchlassung des Kopfes. Das ging nun wohl auch, hatte aber den grofsen Nachteil, dafs hinteres und vorderes Ende vor dem Bauche geknüpft werden mufsten, was nicht nur unbequem ist, sondern auch einen lange nicht so festen Verband abgibt, wie die Knüpfung über den Darmbeinkämmen. Hier verfahre ich schon lange Zeit folgendermafsen (Fig. 9 a u. b):

Ich lasse einen breiten, vollkommen elastischen Bauchgürtel tragen, der so fest angezogen wird, dafs er nicht nach unten abrutschen kann. Dazu dient derselbe Gürtel wie zu meinem Suspensorium (s. Fig. 7 c). An diesem wird hinten ein Stück Verbandmull von 40 cm Breite und 1 m Länge in voller Breite angeheftet und zwar entweder genäht oder auf Sicherheitshaken geknüpft. Das freie Ende desselben wird nun zwischen den Beinen durchgezogen, nach Aufnahme der Genitalien mitten eingerissen und jeder Kopf seitlich an einem Sicherheitshaken aufgeknüpft. Da die Aufknüpfung in den Axillarlinien und nicht vorn am Nabel geschieht, wird der elastische Gürtel auch selbst bei straffer Anspannung nicht dadurch herabgezogen.

Die einfache Mullschärpe, sowie die Mullschärpe mit elastischem Gürtel sind an den oben angegebenen Stellen zum Preise von 1 Mark, resp. 3 Mark vorrätig.

Erklärung der Buchstaben.

a. Leibgurt oder Gürtel.
b. Beutel.
c. Vordere den Beutel mit dem Gürtel verbindende Bänder.
d. Hintere den Beutel mit dem Gürtel verbindende Bänder (oder Schenkelriemen).
e. Karabinerhaken.
f. Gummieinsatz im Gürtel.
g. Glutäalfalten.
h. Cristae ossis ilei.
i. After.
k. Gummizug am Beutel.
l. Schlingen.
m. Wasserdichtes Zeug unter dem Beutel des Langlebertschen Suspensoriums.

Referate.

In der *St. Petersburger medicinischen Wochenschrift.* 1884. No. 45 ff. liefert Dr. P. G. Unna, Hamburg, einen Beitrag zur **Klinik und Therapie des Lichen ruber.** Verf. hebt hervor, dafs die Krankheitsgruppe Lichen ruber dem Arzte noch lange nicht so vertraut ist, wie es bei der Schwere dieses Leidens und der ungemeinen Wichtigkeit eines frühzeitigen Eingreifens wünschenswert wäre, ein Umstand, der durch die Seltenheit der Lichenerkrankungen hervorgerufen ist. Im Gegensatz hierzu hatte Verf. das Glück, in den letzten 4 Jahren in Hamburg nicht weniger als 30 Fälle von Lichen ruber

beobachten zu können, eine verhältnismäfsig grofse Anzahl, wenn man bedenkt, dafs Hebra sen. im Jahre 1874 nach 30jähriger Beobachtungszeit erst über 50 Fälle gesehen hatte. Da nun gerade die ersten der angeführten Fälle den charakteristischen Verlauf des Lichen ruber am besten zeigen, so mögen dieselben etwas ausführlicher wiedergegeben werden.

Der erste Fall handelt von einem 17jähr. jungen Mädchen, die niemals eine Hautkrankheit gehabt hatte und die dann plötzlich unter Frösteln und dem Gefühle allgemeinen Unwohlseins an einem juckenden Hautausschlage erkrankte. Der Rücken und die Seitenflächen des Halses waren von einem kleinen, papulösen, intensiv roten, juckenden Exanthem bedeckt, welches sich über die Beugeseiten der Oberarme bis nach den Radialseiten der Handgelenke herunterzog. Das Gesicht, der ganze Rumpf und die Beine blieben frei. Die hellroten Papeln waren senfkorngrofs, hellrot, kegelförmig zugespitzt, glänzend und mit kleinen Schuppenhügeln bedeckt. Nirgends war eine Umwandlung der Papeln in Bläschen, nirgends Kratzeffekte zu entdecken. Da Ekzema papulosum auszuschliefsen war, konnte es sich nur um einen Lichen acuminatus handeln. Es wurde nun eine beständige Bedeckung mit Mullkompressen verordnet, die mit einer Mischung von gleichen Teilen Bleiwasser, Thonerdessig und etwas Glycerin getränkt waren. Unter denselben verschwand bald das Jucken und die Hitze, die Anfälle von intensivem Juckreiz wurden seltener und 8 Tage nach dieser Tag und Nacht durchgeführten Behandlung konnte Patientin als geheilt entlassen werden.

Was bei diesem Fall von Lichen ruber acuminatus am meisten auffällt, ist der akute Beginn und der durch die Behandlung günstig beeinflufste rasche Verlauf. Er beweist zugleich, dafs die Heilung hin und wieder allein mit Essigpräparaten durchgeführt werden könne, wenn sie nur bald nach dem Beginn des Leidens anfängt und konsequent durchgeführt wird. Die Form des Exanthems — Schuppenhügelchen auf der nicht abgeplatteten Erhebung, der Sitz am Ausgange eines Haarbalges, die Gröfse der Papeln — war so charakteristisch, dafs hier eine Verwechselung ausgeschlossen ist. —

Der zweite Fall kann als Gegenstück zum ersten gelten und bietet zugleich das typische Bild eines einfachen Lichen acuminatus, welcher längere Zeit sich selbst überlassen geblieben oder mit unzureichenden Mitteln behandelt worden ist. Er betrifft einen 62jährigen, wohlgenährten Mann, den besseren Kreisen angehörig, bei welchem sich seit 10 Jahren regelmäfsig Gichtanfälle zeigten. Im Januar 1882, nachdem Patient sich eine Zeitlang nicht recht wohl gefühlt hatte, begann ein intensives Jucken zunächst am rechten Bein, bald darauf an den Handgelenken und der Dorsalfläche der Vorderarme, schliefslich am Gesicht und Rumpf. Die Haut rötete sich immer mehr, wurde immer dichter mit kleinen Knötchen besetzt und schuppte schliefslich in mäfsigem Grade. Von Februar bis anfangs März mufste Patient, da sich unter beständigem Jucken Schlaf- und Appetitlosigkeit einstellten, das Bett hüten. Die Abnahme des Körpergewichtes betrug in 3 Monaten 50 ℔. Verf. sah den Patient zum ersten Mal am 12. April. Die Haut des ganzen Körpers war matt grau rot, mit feinem Schilfer bedeckt. Bei genauer Betrachtung konnte man eine Unzahl feiner, roter Hügelchen erkennen, die mit kleinen Schuppen bedeckt waren. Im Gesicht waren keine Papeln, sondern nur eine einfache Pityriasis, besonders um die Augen herum, in der Nasolabialfurche und an der Grenze des Stirnhaares. Der Charakter der Papeln trat am deutlichsten am Handrücken und Vorderarm hervor. Dieser primitive Charakter der Affektion war aber nur an den wenigsten Stellen noch vorhanden, weit häufiger fanden sich flachere, kaum wahrnehmbare Papeln auf gerötetem Boden. Eine diffus bräunliche Pigmentierung machte sich besonders an vielen Stellen der unteren Körperhälfte geltend, die jedoch verschwand, wenn die Haut zeitweise blasser war, und hervortrat, wenn durch Jucken oder Kratzen eine Hyperämie

hervorgerufen wurde. Sofort wurde eine Sublimatkarbol-Schmierkur vorgenommen:

℞ *Ung. Zinc.* 500,0
Acid. carb. 20,0
Sublim. 0,5

durch welche dem Patienten die erste ruhige Nacht seit langer Zeit geschaffen wurde. Diese Kur wurde in der 4. und 5. Woche in wesentlich beschränkter Form fortgesetzt.

Als in der zweiten Woche die Besserung erhebliche Fortschritte gemacht hatte, bekam Patient asiatische Pillen, jede Woche um eine Pille steigend, so dafs er am Schlufs der Kur täglich 3 Pillen einnahm.

℞ *Acid. arsen.* 0,5
Muc. gum. mim. 1,5
Pip. nigr. 12,0
F. pil. No. 100.

Diese geringe Dosis von Arsenik (0,015) mag nach Ansicht des Verfassers die 3 Wochen später erfolgte definitive Heilung gefestigt haben, herbeigeführt hat sie dieselbe sicher nicht.

Zur Nachkur wurde P. Arsen mit Eisen gegeben.

℞ *Ferri oxyd. dialys.* 5,0
Aq. dest. 100,0
Syr. cort. Aur. 15,0
Sol. Fowl. gtt. 30,0
2—3 Efsl. tägl.

Nach einer 4½wöchentlichen Kur konnte Pat. als geheilt entlassen werden. —

Während es sich bei den oben angeführten Fällen um eine einmalige Licheneruption handelt, beweist der folgende Fall, dafs ein Lichen ruber in kurzen Intervallen nicht blofs einmal, sondern mehrmals recidivieren kann.

Am 23. Dezember 1880 wurde Verf. von einem jungen Mann wegen eines Hautleidens konsultiert, das zwar nie genäfst, aber stets sehr gejuckt hatte, so dafs trotz grofser Dosen Chloral der Patient seit 8 Tagen nicht zum Schlafen gekommen war. Ein fast universelles Erythem bedeckte den ganzen Rumpf, den Hals, die Arme und Beine; der Kopf, die Hände und Füfse blieben frei. Auf dieser livid roten Fläche traten in Gänsehaut ähnlicher Verteilung gerötete, nicht sehr erhabene, mit feinen Schuppen bedeckte kleine Papeln hervor. Der Hausarzt hatte neben Sol. Fowleri in kleinen Dosen äufserlich Antiekzematosa ohne Erfolg verordnet. Die Arsenikdosen wurden jetzt verstärkt, und der Patient ganz in leinene Laken eingeschlagen, die mit einer Mischung von Bleiwasser und Thonerdessig getränkt wurde. Diese Einpackungen wirkten sehr wohlthätig auf das Jucken und Allgemeinbefinden, so dafs sich der Schlaf unter Zuhilfenahme von Morphium wieder einstellte. Da nun an keiner Stelle eine Umwandlung der Papeln in Bläschen eingetreten war, so konnte die Diagnose Licher ruber mit Sicherheit gestellt werden. Patient verliefs nun nach einigen Wochen Hamburg und begab sich in Berlin in die Behandlung Lassars, der Arsenik- und Pilokarpininjektionen in Anwendung brachte. Die letzteren brachten ihm zuerst die langentbehrte Wohlthat eines ruhigen Schlafes. Die Arseninjektionen der zur Hälfte abgeschwächten Sol. Fowleri wurden bis Juni fortgesetzt, bis ein trockener Rachen- und Trachealkatarrh zur Umkehr mahnte. Da jetzt übrigens die Symptome der Haut verschwunden waren, so konnte man auch auf die Arsenbehandlung verzichten. ¾ Jahr nach der kompletten Heilung (17. Oktober 1882) klagte Patient wieder über ein intensives Jucken am Rumpf und beiden Armen, während wieder die charakte-

ristischen Papeln des Lichen ruber deutlich hervortraten. Er wird jetzt der Sublimatkarbolschmierkur unterworfen und ist eine Woche später wieder vollständig hergestellt. Im Juli 1884, während einer grofsen Hitze, klagte Patient von neuem über juckende Empfindungen am Hodensack, und einige Tage später fingen auch die inneren Seiten der Oberschenkel in beunruhigender Weise zu jucken an. Da sich Pat. wegen einer Reise der Sublimatkarbolschmierkur nicht unterziehen konnte, so wurde ihm eine Lösung von Karbolsublimatlösung zum Waschen mitgegeben, die jedoch den Ausbruch des Lichen ruber nur zu verzögern vermochte. Bereits am 5. August konnte wiederum der gesamte Symptomenkomplex des Lichen ruber acuminatus konstatiert werden.

Dieser Fall ist ein sprechendes Beispiel für die relativen Unannehmlichkeiten der beiden neueren Hauptkuren, der Köbnerschen Arsenikinjektion und der Schmierkur. Die Injektionskur ist äufserst schmerzhaft und langwierig, während anderseits die Schmierkur die Bettruhe erforderlich macht. Da nun beide Kuren im Erfolge gleichwertig sind, so wird die Entscheidung für eine derselben von äufseren Umständen abhängen. Verf. würde stets der kurzen Schmierkur vor der langen Injektionskur den Vorzug geben. Schliefslich ist noch bemerkenswert, dafs die Art der Behandlung für die Recidivfähigkeit des Lichen acuminatus ohne Belang ist.

Die bisher angeführten Fälle waren Beispiele des reinen Lichen ruber acuminatus. Verfasser wendet sich jetzt an der Hand einiger andrer Krankengeschichten zum Lichen ruber planus, von denen die erste als Übergangsfall vom Lichen ruber acuminatus zum Lichen planus anzusehen ist. Dieser Fall betrifft einen 44jährigen Mann, welcher dem Verf. am 11. März 1881 von dem ihn behandelnden Kollegen wegen eines sich rapide über den ganzen Körper ausbreitenden Exanthems vorgestellt wurde. Patient hatte einen kleinpapulösen, spitzen, schuppenden Lichen ruber, welcher bis auf das Gesicht, den behaarten Kopf, die Handteller und Fufssohlen, die ganze Hautdecke befallen hatte. Jucken war in beträchtlichem Grade vorhanden und Patient durch schlaflose Nächte stark geschwächt. Vom 14. März an mufste er das Bett hüten und wurde dann morgens und abends mit folgender Salbe eingerieben:

℞ *Aq. calcis*
Adipis suilli ää 100,0
Acid. carbol. 10,0
Kaolini 60,0

Diese Schmierkur wurde 14 Tage und Nächte streng durchgeführt; das Jucken nahm bald sehr ab, und Pat. konnte am 28. März als vollständig geheilt entlassen werden, die Kur jedoch wurde noch 2 Monate lang in milderer Form fortgesetzt. Der Körper war nun von den spitzen Lichenknötchen vollständig befreit, es waren aber unterdessen 12 rote, glänzende, flache Lichenflecke, etwa von der Gröfse kleiner Kirschen bis zu der eines Thalers, in der Kniekehle, am Schienbein, auf Brust und Rücken aufgetreten. Gegen dieselben wurde Pyrogallussäure in Form von Vaselinsalbe ohne Erfolg gebraucht, dagegen verschwanden sie im Mai unter Karbolbleisalbenmull. Mitte Juni, 3 Monate nach Beginn der Kur, konnte sich der Patient als geheilt vorstellen.

Dieser Fall zeigt die typischen Bilder des Acuminatus und Planus in einfacher zeitlicher Reihenfolge. Besonders interessant ist die Enstehung der Lichenflecke. Nach der englisch-französischen Schule, der sich die deutsche angeschlossen hat, würden diese zum Teil schr grofsen Flecke als sekundäre Plaques anzusehen sein, hervorgegangen aus entsprechend grofsen Gruppen ganz kleiner, schuppenloser, glatter Lichenknötchen. Verf. kann aber betreffs des oben mitgeteilten Falles, wie auch mancher anderer, dafür einstehen, dafs die roten Flecke hier speziell auf dem Grunde nahezu geheilter spitzer Lichenknötchen auftraten. Hier waren Gruppen getrennter glatter Knötchen zu keiner Zeit an Stelle der späteren Planuseffloreszenzen getreten. Verf. wünscht nun

den Begriff des Wilsonschen Lichen planus auf eine beschränkter vorkommende, den Namen wirklich ganz und allein verdienende Form, des Lichen zu fixieren, und besonders diejenige Form, welche besonders in England und Frankreich unter dem Namen Lichen planus mifsverstanden wurde, unter einem bezeichnenderen Namen davon zu trennen. Es sind dies die 4—5 mm im Durchmesser haltenden, grofsen, wachsartig durchscheinenden, deutlich gedellten Lichenpapeln, die sich von den ähnlich konstruierten viel kleinern, $^1/_2$—1—$1^1/_2$ mm im Durchmesser haltenden Papelchen unterscheiden, aus denen die bekannten, zentral verfärbten und einsinkenden Lichenplaques resultieren. Verf. will die erstere Form im Gegensatz zu der spitzen einerseits und der flachen anderseits die stumpfe nennen, also Lichen obtusus, und hat von diesem eine kleine Anzahl typischer Fälle teils rein, teils mit andern Formen gemischt beobachtet. Der Lichen obtusus tritt am liebsten isoliert und über grofse Strecken sparsam verstreut auf. Höchstens bilden 3—6 Obtususpapeln, die dicht beisammen entstehen, eine gemeinsame Plaque, niemals bedecken sie sich mit Schuppen und jucken nur beim Entstehen. Mit Haarbälgen zeigen die Obtususpapeln keinen näheren Zusammenhang.

Verf. führt nun eine Reihe von Beispielen an, die er selbst beobachtet hat und charakterisiert danach den Lichen ruber folgendermafsen:

Der Lichen ruber bildet eine Gruppe genetisch zusammengehöriger, papulöser Hauterkrankungen. Die denselben konstituierenden Papeln haben folgende gemeinsame Merkmale. Sie sind von livider, bläulicher oder gelblich roter Farbe, jucken mehr oder minder und sind von grofser Beständigkeit und Dauer. Nie wandeln sie sich in Bläschen oder Pusteln um.

Es sind 3 Formen lichenöser Papeln zu unterscheiden: eine spitze, eine stumpfe und eine flache.

Der Lichen acuminatus besteht aus kleinen 1—$1^1/_2$ mm im Durchmesser haltenden, konisch zugespitzten, an der Spitze mit einem Schüppchen bedeckten, stark juckenden Hügelchen. Sie vergröfsern sich einzeln nicht in der Fläche, fliefsen aber, wenn die dazwischen liegende Haut im Verlaufe der Affektion sich rötet, zu grofsen, bläulich roten, mäfsig schilfernden und stark juckenden Flächen zusammen. Der Lichen acuminatus bricht mit Vorliebe ganz akut, oft nach einem starken Schweifse aus, nachdem leichtes Ziehen und Hautjucken vorangegangen sind.

Der Lichen obtusus besteht aus mittelgrofsen, 3—5 mm im Durchmesser haltenden, also pfefferkorn- bis erbsengrofsen, halbkugelig geformten, aber oben abgeflachten und im Zentrum mit einer feinen Delle versehenen, harten, trockenen, schuppenlosen Papeln. Lichen obtusus tritt viel weniger akut auf als der Lichen acuminatus, juckt weniger und ist meistens umschrieben.

Der Lichen planus stellt ganz flache, nur wenig über das Hautniveau erhabene rote Flecke von 6 mm bis zu 4 cm im Durchmesser, also von Linsen- bis Thalergröfse dar. Dieselben sind ganz eben oder tellertörmig, d. h. am Rande etwas wallartig und in der Mitte vertieft. Die Oberfläche ist glatt, mit einem feinen Schüppchen bedeckt.

Aufser diesen drei reinen Formen von Lichen ruber existieren nun noch Übergangsformen, indem sich sehr häufig Lichen obtusus und planus und am seltensten L. acuminatus und obtusus verbinden.

Der Gröfse nach würden die 3 Lichenformen etwa so klassifiziert werden, dafs der Acuminatus von Senfkorngröfse, der Obtusus von Pfefferkorn- oder Erbsengröfse und der Planus wenigstens linsengrofs, oft aber von 4—5fach so grofsem Durchmesser ist.

Berlin. Hirschfeld.

Finger hat in einer sehr dankenswerten Untersuchung: **Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitale** (*Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wiss.* 1884. Nov.) von 14 injizierten Präparaten des männlichen Gliedes nicht in

einem einzigen Falle die sogen. Tysonschen „Drüsen“ finden können und hält dafür schlauchförmige, mit einfacher Oberhaut ausgekleidete Krypten, welche sich über die Eichel (nicht auch Vorhaut? Ref.) zerstreut und regelmäfsig zu beiden Seiten des Bändchens finden. Um diese stets — und an zwei Fällen auch vereinzelt in Sulcus coronarius — fand F. geschlossene, reich vaskularisierte Lymphfollikel. Man würde hiernach besser thun, in Zukunft nur von „Tysonschen Krypten“ zu sprechen. Die Blutgefäfsverteilung ist auf der Vorhaut und im Sulcus präputialis anders als auf der Eichel. Dort steigen ziemlich schlanke Gefäfsstämmchen auf, welche nur wenige Papillen versorgen, hier treten direkt aus dem Corpus cavernosum dickere, stark geschlängelte Gefäfse von „pinienartigem“ Habitus zur Cutis, deren Krone dicht und in der Fläche breit ausgedehnt ist, während der Stamm das stratum reticulare Cutis astlos durchsetzt. Die gröberen Lymphgefäfse sind, wie sonst in der Cutis, ebenfalls in 2 Schichten, einem feinen, oberflächlichen und einem dickeren, tiefen angeordnet. Diese Verhältnisse werden von vorzüglichen Abbildungen erläutert. An die Resultate dieser Arbeit schlofs F. in einem am 13. Februar 1883 gehaltenen Vortrage in der Gesellschaft der Ärzte in Wien weiter an, dafs die häufigen Pergamentschanker der Glans sich durch die hier vorkommende, pinienartige Verbreitung des arteriellen Gefäfsbaumes, die meist knotigen Indurationen des Sulcus coronarius durch Verhärtungen längs der dort vorhandenen Gefäfsbäumchen einfach erklären lassen, genau in dem Sinne, wie diese Erklärung zuerst von Auspitz und dem Ref. s. Z. gegeben wurde. Weil aber die Lokalisation auf das Äufsere der Induration von solchem Einflusse sei, und einfachen Entzündungen nicht spezifischer Art dieselbe Lokalisation auch ähnlichen Habitus aufzudrücken vermöchte, seien die Einwürfe der Unitarier ohne Belang, die sich auf derbe Geschwüre ohne Consecutiva und weiche Geschwüre mit Consecutivis beziehen. — Hierauf würde ein früherer Unitarier antworten, dafs zwischen den topographisch gleich konfigurierten Verhärtungen einfach entzündlichen Ursprungs und typischer Sklerosierung immer noch eine Differenz besteht, die vielleicht nicht in allen Fällen, aber der Regel nach tastbar ist. Hoffentlich erleben aber sowohl Dualisten wie Unitarier jetzt recht bald den Tag, wo die wahre Erkenntnis aller in Betracht kommenden Mikroorganismen diese alten Schlagwörter und Gegensätze ein für allemal zu Grabe trägt. In der Diskussion bemerkte Toldt, dafs Finger von den Tysonschen Drüsen vielleicht nur die Ausführungsgänge in Schnitten gesehen habe und diese Drüsen wohl auch hin und wieder fehlten. Neumann bespricht die verschiedenen Erkrankungen der Tysonschen Krypten (Tysonitis, Ulcus, Sklerose, Cyste), deren genaue Schilderungen bekanntlich immer noch eine ungelöste, dankbare Aufgabe bildet. Unna.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland.

Winckel (*Ärztl. Intelligenzbl.* 1885. 10. März) konnte aus einem in der Münchner Frauenklinik vorkommenden Falle von **puerperalem Erysipel** den echten kettenbildenden Erysipelcoccus züchten und mit dem Gewebesaft — aber nicht mit Hautschuppen und Blaseninhalt — bei Kaninchen wandernde Erysipele erzeugen. Kein einziges der Kinder von 41 von Winckel beobachteten erysipelkranken Wöchnerinnen erkrankte an Erysipel. Die einfache, intensive Berührung scheint also zur Ansteckung mit dem Kettencoccus nicht hinzureichen. Äufserlich behandelt W. die Affektion mit Bleiwasserumschlägen und Eisblase, innerlich mit der hier andauernd gut vertragenen Karbolsäure; bei hohem Fieber aufserdem mit Chinin und kühlen Bädern. Im Gegensatz zu Gussenbow betont W., dafs das puerperale Erysipel im engen Verein mit der puerperalen

Sepsis vorkommt und dafs es wie diese eine echte Wundinfektionskrankheit ist, entstanden durch eine lokale Injektion mit dem kettenbildenden **Mikrococcus** allein oder in Verbindung mit andern Kokken.

Weissenberg (*Allg. med. Centr.-Ztg.* 1885. 18. März) und Marfau (Ref. ebenda. 14. März 1885) bestätigen die gute Wirkung des **Kokains gegen wunde Brustwarzen** (s. *Monatshefte.* 1885. No. 2). Ersterer bediente sich einer 2%igen Lösung und liefs in Pausen von 10 Minuten 3 mal vor dem Stillen einpinseln, letzterer einer 20%igen Lösung einmal vor dem Saugen. (Die letztere Konzentration macht die Therapie unnötig teuer. Jede stillende Frau hat genügende Zeit zu öfterer Einpinselung. Ref.).

Lesser (*Über Lupusbehandlung*, Ref. eines Vortr. *Deutsche Med. Ztg.* 1884. No. 23) hat an 5 **Lupus**fällen den Einfluſs **innerer Arsenikdarreichung** studiert und kommt zu dem Schlusse, dafs bei lange fortgesetzter Anwendung grofser Dosen von Arsenik allerdings ein resorbierender Einfluſs auf die Lupusknötchen unverkennbar ist, der aber nie bis zu völliger Heilung fortschreitet und deshalb nur als Adjuvans der äufseren Therapie zu betrachten ist.

Unna.

Amerika.

John Ferguson (*Med. News.* 1885. Jan.) betont an der Hand einer Anzahl von Fällen die Wichtigkeit der **antisyphilitischen Behandlung bei Lungenkranken.** In manchen Fällen, wo man es nicht mehr vermutet, sieht man die angebliche Tuberkulose heilen. Der Tuberkelbacillus wird in F.s Arbeit nicht verwertet. Verf. hält auch die Skrofulose und die sogen. hereditäre Disposition tuberkulöser Familien für bedingt durch veraltete Syphilis.

George Sternberg empfiehlt ebendaselbst **als Antisepticum** eine Lösung von 2 g **Sublimat** und 2 g **Kali hypermanganicum** auf 1 Liter destilliertes Wasser. Die Vorteile dieser Lösung sind: 1. Wird die Sublimatlösung gefärbt, 2. wird die antiseptische Wirkung des Sublimats mit der desodorisierenden des Permanganats verbunden. (Entschieden zur Nachahmung zu empfehlen. Ref.)

Altona. Appel.

Nachdem Quinke in dieser Zeitschrift zuerst das **akute umschriebene Hautödem** beschrieben hatte, wurde von Jamieson (*Edinb. med. Journ.* 1883. Juni) ein analoger Fall mitgeteilt. Graham (Toronto) berichtet nun (*Canadian Practitioner.* 1885. Febr.) über dieselbe Affektion. Ein 27jähriger, gesunder Kaufmann bemerkte vor 5 Jahren Röte und Anschwellung der Hände und Füfse, die anfallsweise alle paar Wochen wiederkamen, ca. 8 Tage dauerten und allmählich auch die Arme, Beine und den Hodensack ergriffen. Die Anfälle wurden in der Folge schon durch Druck der Hautstellen hervorgerufen, dauerten später allerdings nur 3—4 Tage, wiederholten sich aber so unablässig, dafs der Pat. sein Geschäft aufgeben mufste, da jede stärkere Berührung ein Ödem zur Folge hatte. Von Jamiesons Fall unterschied sich jener durch die langsamere Entwickelung und traumatische Entstehung der Ödeme; auch fehlt hier eine rheumatische Ursache. — Erleichterung konnten in Grahams Fall nur türkische Bäder verschaffen.

Thompson behandelte 12 Fälle von **Erysipelas** in den letzten Jahren mit gutem Erfolge mittels Jaborandi äufserlich. Die befallenen Stellen werden alle 4 Stunden bepinselt mit:

℞ *Fluid extr. Jaborandi* 24,0
Glycerin., Tinct. opii ää 4,0
M.

(*Therap. Gazette.*)

Aus einem gröfseren Artikel von STELWAGON über die **Oleate bei Hautkrankheiten** entnehmen wir nur einige Notizen, da dieser Gegenstand in unserm Blatte erst vor kurzem ausführlich behandelt worden ist. Zur allgemeinen antisyphilitischen Kur empfiehlt ST. folgende Formel:

℞ *Hydrarg. olein.* pp. 3
Cerati simplicis pp. 3
Acidi olein. pp. 2.
M.

Mit dieser Quantität von der Gröfse eines Fingerendgliedes wird täglich eine Körperregion sanft (!) unter Vermeidung haariger Stellen eingerieben. Eine 30—50%ige Quecksilberoleatsalbe, je nach dem Alter des Falles, ist eines der verläfslichsten Mittel gegen Herpes tonsurans. Die Salbe wird täglich zweimal eingerieben, wobei der Kopf möglichst selten zu waschen ist. Demselben Zwecke entspricht:

℞ *Hydrarg. oleinici*
Picis liquid. āā pp. 2
Ungt. sulfuris pp. 4
M.

eine Salbe, die nur in kleinen Quantitäten auf einmal zu verschreiben ist. Vom Zinkoleat empfiehlt ST. besonders folgende Formeln:

℞ *Zinci oleinici*
Acidi oleinici āā p. 1
Vaselini
Cerati simplicis āā pp. 3
(Nach Auftragung von Aq. phagedaen. nigra bei Ekzem.)

℞ *Pulv. Zinci olein.*
Talci āā pp. 3
Amyli pp. 2
(Streupuder).

℞ *Zinci olein.*
Talci āā pp. 7
Calamin. praep. pp. 2
Olei ros. q. s.
(Toilettepuder)..

℞ *Zinci olein.*
Bismut. olein. āā pp. 2
Ungt. refriger. pp. 4
M.
(Eine der besten entzündungswidrigen Salben.)

℞ *Zinci olein.*
Bismut. olein. āā p. 1
Plumbi olein. pp. 2
Adipis pp. 4
M.
(Bei Sykosis non parasitaria 2 mal tägl. nach Abwaschen mit warmem Wasser.)

Endlich sei noch erwähnt:

℞ *Calomel.* 1,2
Alumin. olein.
Vaselini āā 15,0
M.
(Sehr gut bei pustulösem Kinderekzem). UNNA.

Inhalt: FUNK, Über Schankerbubo. — H. BROOKE, Über plastische Darstellung von Hautkrankheiten. (Schluſs.) — WOLFF, Technik des Excisionsverfahrens bei Initialsklerose. (Mit 1 Abbildung.) — P. MICHELSON, Die Excision der Initialsklerose. (Mit 1 Abbildung.) — P. G. UNNA, Über Suspensorien. (Mit 18 Abbildungen). — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.**

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J F. Richter** in Hamburg.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 5. Mai 1885.

Blutserum-Quecksilber, ein neues Präparat zur Injektionsbehandlung der Syphilis.

Ein Beitrag zur Injektions-Therapie der Syphilis.

Von

Dr. Max Bockhart

in Wiesbaden.

In den letzten Jahren ist die Anzahl der zur subkutanen Behandlung der Syphilis geeigneten Merkurial-Präparate um zwei neue — das Liebreichsche Quecksilberformamid und das von Mering, Nega und Wolff empfohlene Glykokollquecksilber — vermehrt worden, die sich in ihrer Einwirkung auf den Organismus nicht unwesentlich von den bisher zur Injektionstherapie angewandten Quecksilberverbindungen unterscheiden. Diese Wirkungsweise der genannten Präparate, insbesondere des Formamids, gab die Veranlassung zu lebhaften und lehrreichen Debatten in der Litteratur, in der medizinischen Gesellschaft zu Berlin und zuletzt auf dem internationalen medizinischen Kongreſs zu Kopenhagen. Es zeigte sich im Verlaufe der Diskussionen, daſs die Ansichten über den therapeutischen Wert des Quecksilberformamids ebenso geteilt waren, wie über den Nutzen der Injektionsbehandlung der Syphilis überhaupt. Darüber aber herrschte ziemliche Übereinstimmung, daſs die dem Quecksilberformamid und dem Glykokollquecksilber zukommende Eigenschaft, rasch durch den Körper hindurchzugehen, von zweifelhaftem Nutzen sei; denn je rascher ein Quecksilberpräparat den Organismus wieder verlasse, desto früher sei das syphilitische Virus imstande, Recidive hervorzurufen. Indes hat das Quecksilber-

formamid einen grofsen Vorzug vor den bisher angewandten Präparaten zur Injektionsbehandlung der Syphilis: es verursacht, unter die Haut gebracht, dem Patienten viel weniger Schmerzen, als alle seither zu diesem Zwecke gebräuchlichen Quecksilberverbindungen. Es wird weiter unten gezeigt werden, dafs auch seine Eigenschaft, rasch durch den Körper hindurchzugehen in gewissen Fällen von grofsem Nutzen ist.

Unna hat im Verlaufe der betreffenden Debatte auf dem internationalen Kongrefs zu Kopenhagen betont, ein zur Injektionstherapie der Syphilis am meisten geeignetes Präparat müsse derart beschaffen sein, dafs es keinen schädlichen Einflufs auf die Wandungen der Blutgefäfse ausübe. Denn die ins subkutane Gewebe injizierten Quecksilberverbindungen würden aus anatomischen Gründen nicht, wie man irrtümlich vielfach anzunehmen scheint, gröfstenteils durch die Lymphwege, sondern durch die Blutgefäfswandungen hindurch resorbiert. Wenn man dieses Unnasche Postulat erfüllen will, mufs man das Quecksilber in einer Verbindung dem Organismus einverleiben, die in ihrer chemischen Konstitution dem aus den Kapillaren in das Gewebe transudierenden und in sie wieder zurückkehrenden Gewebssafte — dem Blutserum — am nächsten kommt. Ein so beschaffenes Präparat wird die Zellen der Gefäfswandungen, durch welche es transsudiert, am wenigsten alterieren, wird also auch am wenigsten unerwünschte lokale Wirkungen hervorbringen. Die bisher zur Injektionstherapie der Syphilis angewandten Präparate erfüllen das Unnasche Postulat nicht; selbst das Quecksilberformamid, das von allen der bisherigen Präparate am besten vertragen wird, macht gar nicht selten bedeutende lokale Schmerzen, die zum Aussetzen der Injektionsbehandlung nötigen. Ich will hier noch beiläufig bemerken, dafs es schwieriger ist, vorurteilslose Beobachtungen der Art in einer wohldisziplinierten Krankenabteilung für Syphilitische anzustellen, als in der Privatpraxis. Ich habe wenigstens gefunden, dafs die Patienten der syphilitischen Abteilung des Julius-Spitals zu Würzburg während meiner Assistententhätigkeit daselbst Injektionen mit Peptonsublimat oder mit Quecksilberformamid in der Regel für schmerzlos erklärten, was bei den Patienten meiner späteren Privatpraxis in der Regel nicht der Fall war.

Ich habe ein zur Injektionstherapie der Syphilis geeignetes Quecksilberpräparat hergestellt, welches das Unnasche Postulat besser erfüllt als alle bisher gebräuchlichen und im Vergleiche mit diesen noch andre grofse Vorteile hat, so dafs es sich mir aufs vorzüglichste bewährte.

Bei der Herstellung dieses Präparates leitete mich die Idee Bambergers, welche ich weiter ausführte. Bamberger band das Quecksilber an Hühnereiweifs und an Pepton, und diese Verbindungen sind leicht resorbierbar. Sie haben aber verschiedene Nachteile, unter andern den, durchaus nicht schmerzlos zu wirken. Den

Wandungen der Blutgefäfse des subkutanen Gewebes sind diese beiden Eiweifskörper zu wenig homogen um nicht in ihrer Verbindung mit dem Quecksilber den von UNNA betonten schädlichen Einfluſs auf jene auszüben. Auch wird das Hühnereiweifs und Pepton am Orte ihrer Aufnahme in den Säftestrom in eine andre Modifikation des Eiweifses, in Serumalbumin verwandelt. Die durch diese Eiweifsumwandlung etwas verzögerte Resorption dürfte zum Entstehen des Schmerzgefühles einiges beitragen.

Ich habe nun das Quecksilber in meinem Präparate gleich an jenen Eiweifskörper gebunden, in den alle andern von aufsen eingeführten eiweifsartigen Substanzen im Säftestrom des Körpers verwandelt werden, an das Serumalbumin. Um jedoch die einzuspritzende Serumalbuminquecksilberlösung schon aufserhalb des Körpers der Flüssigkeit, mit welcher sie sich im Organismus mischen mufs, möglichst gleichartig zu machen, isolierte ich nicht das Serumalbumin, sondern liefs es in seiner Verbindung mit den übrigen Bestandteilen des Blutserums. Ich verband daher Sublimat direkt mit Blutserum in einer Weise, die ich gleich ausführlich beschreiben werde. Ich erhielt so ein Quecksilberpräparat, das, unter die Haut des Patienten gebracht, einerseits keine weiteren Umwandlungen mehr durchzumachen hat, anderseits in einer Flüssigkeit gelöst ist, welche in ihrem chemischen und physikalischen Verhalten dem ins subkutane Gewebe aus den kleinsten Blut- und Lymphgefäfsen ausströmenden und in dieselben wieder zurückkehrenden Gewebssafte am nächsten kommt. Die Wandungen der Blut- und Lymphgefäfse müssen diese Quecksilberlösung mit Leichtigkeit durchlassen, ohne im geringsten alteriert zu werden.

Dieses Blutserumquecksilber wird auf folgende Weise hergestellt: Nach dem KOCHschen Verfahren sterilisiertes (Pferde-, Hammel- oder Ochsen-) Blutserum[1] wird filtriert und von dem Filtrat 40 ccm in einen graduierten Mefscylinder gegossen. Das Albumin dieses Blutserums wird nun mit einer längere Zeit auf 50° erwärmten Lösung von 3 g Sublimat in 30 g destilliertem Wasser gefällt (3 g Sublimat lösen sich nicht in 30 g kaltem Wasser). Der entstandene Niederschlag von Quecksilberalbuminat wird nun gelöst durch eine Kochsalzsolution von 7 g Natriumchlorid in 20 g destilliertem Wasser. So hat man dann eine 3%ige Lösung des Blutserumquecksilbers erhalten. Durch Zugiefsen von soviel destilliertem Wasser, bis die Gesamtmenge der Lösung 200 g beträgt, erhält man die zum gewöhnlichen Gebrauch passende 1½%ige Lösung von Blutserumquecksilber. 1 Gramm dieser Lösung enthält 0,015 g Sublimat an Eiweifs gebunden. Die zur Herstellung des Blutserumquecksilbers

[1] Fertig zu beziehen durch Dr. ROBERT MUENCKE in Berlin NW, Louisenstrafse 58.

dienenden Glasgefäfse werden vor dem Gebrauche sorgfältig gereinigt und mit Sublimatlösung desinfiziert.

100 g Blutserum enthalten im Durchschnitt 8—10 g Albuminstoffe, gröfstenteils Serumalbumin. Bei der Sterilisation des Blutserums gerinnen in der Regel geringe Mengen von Albumin, so dafs 100 g sterilisiertes Blutserum nach der Filtration mindestens 8 g Albumin enthalten. Es wird also nicht alles in den 40 g Blutserum enthaltene Albumin durch die 3 g Sublimat gefällt. Der ganz geringe Eiweifsüberschufs (ca. 0,2 g) in der Quecksilberlösung beeinträchtigt deren Güte jedoch keineswegs. Dagegen fand ich, dafs bei gröfserem Eiweifsüberschufs das Präparat leicht trübe wird. Wenn ich auf 50 g Blutserum 1,0 oder 2,0 g Sublimat nahm, trat in der Lösung nach einigen Tagen Trübung auf. Die trüben Bestandteile enthielten zu Kalomel reduziertes Quecksilberchlorid.

Die 3%ige und die aus ihr hergestellte 1½%ige Lösung des Blutserumquecksilbers ist eine gelbliche, opalisierende Flüssigkeit; bei auffallendem Lichte scheint sie ganz trübe zu sein, bei durchfallendem Lichte ist sie vollkommen klar. Sie reagiert neutral. Beide Lösungen sind sehr haltbar, wenn sie in dunklem Glas an kühlem Orte aufbewahrt werden. Ich bewahre heute noch 100 g einer 3%igen Lösung auf, die im Monat November vorigen Jahres bereitet wurde und jetzt noch so klar ist, wie am Tage ihrer Herstellung. Ich habe mehrere Proben einer 3%igen, einer 1½%igen und einer (aus der 3%igen bereiteten) 1%igen Lösung des Blutserumquecksilbers im September und Oktober vorigen Jahres in meinem warmen Arbeitszimmer in offenem Reagensglas am Lichte stehen lassen. Erst nach 14 Tagen trübte sich die 1%ige Lösung, nach 4 Wochen die 1½%ige und nach 5 Wochen die 3%ige Lösung. Ich habe aber, wie gesagt, niemals Trübung bemerkt, wenn die Lösungen in dunklem, verschlossenem Glas an kühlem Ort aufbewahrt wurden.

Ich hegte anfangs die Befürchtung, das Blutserum könne nach der Bindung des Sublimates an Eiweifs einen günstigen Boden für die Entwickelung von Spaltpilzen abgeben. Diese Befürchtung hat sich jedoch nicht bestätigt. Trotz vielfacher mikroskopischer Untersuchungen der im Reagensglas befindlichen Proben habe ich niemals Spaltpilze in denselben auffinden können; sie blieben alle steril. Bekanntlich kommt es auch in Lösungen von Pepton- und Albuminatquecksilber nie zur Pilzbildung. Dagegen hatte ich mehr Bedenken, ob nicht die im Blutserum enthaltenen Salze wegen ihrer chemischen Konstitution und Reaktion eine chemische Umwandlung des Sublimats bewirken könnten. Auch diese Befürchtung hat sich nicht bestätigt, wenigstens nicht, wenn die Quecksilberlösung in dunklem Glas aufbewahrt wurde. Dagegen trat eine Reduktion von Sublimat in Kalomel ein in dem oben beschriebenen Versuche, wo ich die Lösungen im offenen Reagensglas stehen liefs. Die trüben

Bestandteile senkten sich hier als feiner, pulveriger Niederschlag zu Boden; derselbe färbte sich auf Zusatz von Natronlauge schwarz.

Tierversuche, im Monat September 1883 an 3 Kaninchen und an einer Katze angestellt, ergaben, dafs das Blutserumquecksilber nach subkutaner Injektion dieselben Intoxikationssymptome hervorruft wie das auf gleiche Weise applizierte Peptonquecksilber, Quecksilberformamid und reine Sublimatlösung. Ich versuchte nun in den Monaten November und Dezember vorigen Jahres das Blutserumquecksilber auch am Menschen u. zw. in einem Falle von Gumma des linken Hodens, wo ich 40 Injektionen machte. Nachdem ich mich hier von seinen vorzüglichen Eigenschaften überzeugt hatte, behandelte ich seit Januar d. J. eine gröfsere Anzahl Syphilitischer mit diesem Präparate. Behandelt wurden aufser jenem Falle von Hodengumma

5 Fälle von frischer Roseola mit je 25 Injektionen,
3 „ „ frischem papul. Hautsyphilid mit je 25 Injektionen,
8 „ „ recidivierenden Papeln der Genitalien, des Anus, des Mundes mit je 15 Injektionen,
1 Fall von recidivierender Roseola mit 21 Injektionen,
1 Fall von gummösen Geschwüren der Zunge mit 30 Injektionen,
1 Fall von Hautgumma mit 28 Injektionen,
1 Fall von Ozaena syph. mit 30 Injektionen,
2 Fälle von (recidivierender) Psoriasis palmaris mit je 18 Injektionen,

zusammen 23 Fälle mit 505 Injektionen.

Die Injektionen wurden teils täglich, teils alle zwei Tage gemacht. Injiciert wurden in der Regel jedesmal 0,7 g der $1^1/_2$%igen Lösung von Blutserumquecksilber — 7 Teilstriche einer 1 Gramm haltigen Pravazschen Spritze — also 0,01 g an Eiweifs gebundenes Sublimat. 3 mal, in dem Falle von Hodengumma, wurden je 1 g der 3%igen Lösung — also 0,03 g Sublimateiweifs pro dosi — eingespritzt.

Die Wirkung des Blutserumquecksilbers auf den Syphilisprozefs ist im grofsen und ganzen dieselbe wie die des Hg-Peptonats. Die makulösen Exantheme schwanden nach 3—5 Injektionen, die papulösen inkl. der Fälle von Psoriasis palmaris nach 8—15 Injektionen, die recidivierenden Papeln der Genitalien, des Anus, der Mundhöhle bei entsprechender örtlicher Behandlung nach 5—12 Injektionen. Die nach dem Schwinden dieser syphilitischen Neubildungen zurückbleibende zirkumskripte Hautröte schwand früher, als man das nach Injektionen mit Hg-Peptonat oder Hg-Formamid eintreten sieht. Auch die gummösen Formen heilten unter dem Einflufs der Blutserumquecksilber-Injektionen auffallend rasch; doch mufs ich bemerken, dafs die betreffenden Gumma-Patienten früher

nie oder sehr wenig mit Quecksilber behandelt worden waren, und in solchen Fällen wirkt dasselbe bekanntlich sehr prompt.

Örtliche Reaktionen macht das Blutserumquecksilber nach Einspritzungen unter die Haut niemals. Ich habe es injiziert unter die Haut des Rückens, der Nates und des Oberschenkels. Abscesse oder Indurationen traten niemals auf. Ich war überrascht von der in der Regel vollkommenen Schmerzlosigkeit der Injektionen mit diesem Präparate; häufig versicherten mich die Patienten, sie wüfsten und spürten gar nicht, dafs sie eine Injektion erhalten hätten. Manchmal trat nach den Einspritzungen eine geringe Druckempfindung auf; ich habe beobachtet, dafs dies nur dann der Fall war, wenn die Spitze der Injektionskanüle ein Blutgefäfschen getroffen hatte, und ein Tröpfchen Blut aus der Einstichöffnung ausflofs. Ich glaube, dafs jenes unbedeutende Druckgefühl auf die Anwesenheit eines geringen Blutextravasates im subkutanen Gewebe zurückzuführen ist. Natürlich wurden die Injektionen ganz lege artis ausgeführt, und die Hautstelle, wo eingespritzt worden war, nach der Injektion massiert. Auch bei sonst sehr empfindlichen Patienten kamen nach den Injektionen mit Blutserumquecksilber örtliche unangenehme und unerwünschte Nebenwirkungen nie vor. Ich habe mehrere Syphilitische mit diesem Präparate ambulant behandelt, die während der Kur exerzieren, reiten, körperliche Anstrengungen verrichten konnten wie vorher, und die durch die Einspritzungen von Blutserumquecksilber nicht im geringsten von der Ausübung ihres betreffenden Berufes abgehalten wurden. Ich habe das bei Einspritzungen mit andern Quecksilberpräparaten, in specie beim Hg-Formamid, nie beobachtet. Es hielt da immer schwer, Patienten, die während der Injektionskur einem mit körperlichen Anstrengungen verbundenen Beruf nachgehen wollten, ambulant zu behandeln. Jedenfalls trug auch die geringere Menge von Blutserumquecksilber, die ich pro dosi injizierte — 0,7 g der $1^1/_2$%igen Lösung — dazu bei, die Einspritzungen schmerzloser zu machen, als dies bei Injektionen von andern Hg-Lösungen, von denen man gewöhnlich 1,0 g pro dosi einspritzt, der Fall ist. Auch jene 3 Einspritzungen von je 1,0 g der 3%igen Lösung wurden sehr gut vertragen, wenn auch nicht so absolut schmerzlos. Die Empfindung war hier etwa wie nach Einspritzungen des Hg-Formamids.

Von allgemeinen Nebenwirkungen wurde keine andre beobachtet, als, bei mehreren Patienten Speichelfluſs, der aber nie hochgradig war, oder übler Geschmack im Munde. Bei einigen Patienten, die infolge der anatomischen Beschaffenheit ihrer Zähne und ihres Zahnfleisches dazu disponiert waren, wurde auch Stomatitis beobachtet, jedoch nie in irgend erheblicher Form.

Überrascht hat mich auch der Umstand, dafs die Ernährung der mit Blutserumquecksilber behandelten Patienten in keinem Falle

Not gelitten hat. Ich liefs alle meine Patienten vor und nach der Kur sich wiegen. Bei keinem hatte das Körpergewicht abgenommen, bei den meisten war es sich gleich geblieben, bei einigen wenigen hatte es zugenommen. Nach Injektionen von Hg-Peptonat oder Hg-Formamid beobachtet man ein solch günstiges Vorkommnis viel seltener.

In dem oben genannten Falle von Hodengumma habe ich nach der FÜRBRINGERschen Methode untersucht, wie sich die Ausscheidungsverhältnisse des Quecksilbers durch den Harn nach Einspritzungen von Blutserumquecksilber gestalten. Nach der ersten Injektion von 0,01 g Blutserumsublimat pausierte ich so lange mit den Einspritzungen, bis ich das Quecksilber im Harne nachweisen konnte. Dies geschah 48 Stunden nach dieser Injektion. Ich konnte es ferner noch nachweisen bis zum Ende der 11. Woche nach der letzten (40igsten) Injektion.

Über die Fähigkeit des Blutserumquecksilbers, Recidive zu verhüten, kann ich natürlich zur Zeit nichts mitteilen. Doch glaube ich, in Rücksicht auf seine Wirkungsweise und die Dauer seines Aufenthaltes im Organismus annehmen zu müssen, dafs es sich in dieser Beziehung ebenso verhält wie das Hg-Peptonat.

Der Preis des Blutserumquecksilbers ist ein geringer, und die zu seiner Bereitung aufzuwendende Mühe eine unbedeutende. Ist man nicht in der Lage, das Blutserum selbst zu sterilisieren, so kann man sterilisiertes zu billigem Preis in zugeschmolzenen Kölbchen von MUENCKE in Berlin beziehen. Hier kosten 250 g desselben 5 Mark, also 40 g 80 Pfennige. Berechnet man nun den Preis des zur $1^1/_2$%igen Blutserumquecksilberlösung nötigen Sublimats, Kochsalzes und Wassers zu 20 Pf., so kosten dann, ohne Einrechnung der aufzuwendenden Mühe, 200 g der Lösung 1 Mark. Zu der Geringfügigkeit des Preises tritt der Umstand der grofsen Haltbarkeit der Lösung.

Das Blutserumquecksilber ist also ein zur Injektionstherapie der Syphilis sehr geeignetes Präparat: es bringt die Symptome der Syphilis rasch zum Schwinden; es macht, im Gegensatz zu allen andern Injektionspräparaten, absolut keine unangenehmen örtlichen Nebenwirkungen, d. i. es erfüllt vollkommen das UNNAsche Postulat; es macht ferner keine allgemeinen unerwünschten Nebenwirkungen; es bleibt nach seiner Einverleibung in den Organismus verhältnismäfsig lange in demselben, länger als die neueren Amidverbindungen des Quecksilbers; es wird dieselben daher auch übertreffen in seiner Eigenschaft, Recidive hintanzuhalten; es kann sehr lange aufbewahrt werden, ohne zu verderben und ist ein sehr billiges, leicht herzustellendes Präparat.

Dem Arzte steht gegenwärtig eine verhältnismäfsig grofse Anzahl von Quecksilberpräparaten zur Behandlung der Syphilis zu Gebote. Man ist vielfach der Meinung, alle diese Präparate insgesamt, oder wenigstens doch alle zur Injektionstherapie angewandten, hätten die gleiche Wirkung. Das ist nun durchaus nicht der Fall. Ich werde im folgenden die Resultate einer Anzahl von Untersuchungen und Beobachtungen mitteilen, die ich noch zu Lebzeiten meines ehemaligen Chefs, von Rinecker, und auf seine Veranlassung hin begonnen habe, und die, wie ich glaube, zeigen werden, dafs alle zur subkutanen Syphilis-Therapie bisher gebrauchten Hg-Präparate gruppenweise verschieden genug wirken, um eine für die verschiedenen Syphilisfälle differente Indikation zu haben. Die Idee zu diesen Untersuchungen gab von Rinecker; die Ausführung derselben begann ich im Jahre 1882 und führte sie, nach mehrfachen Unterbrechungen, vorläufig zu Ende. Diese Untersuchungen beruhen namentlich auf der Feststellung der Zeit, während welcher das Quecksilber nach einer ununterbrochenen Behandlung von 25 Tagen noch im Organismus verweilt. Zu dem Zwecke wurde untersucht, wie lange sich nach der letzten Injektion noch Quecksilber im Harne nachweisen läfst. Dieser chemische Nachweis geschah anfangs nach der Methode von Ludwig, später nach der von Fürbringer. Der Urin wurde wöchentlich 2 mal untersucht.

I. Sublimatlösung nach Lewin.

Ein Patient, ein auffallend unempfindliches Individuum, wurde im Monate Oktober 1882 wegen eines frischen papulösen Syphilids mit 25 Injektionen einer 1%igen Sublimatlösung behandelt. Täglich eine Injektion in die Haut des Rückens. Am Ende der Kur war der ganze Rücken des Patienten bretthart; kein Abscefs. Am Ende der 18. Woche nach der letzten Injektion wurde zum letzten Male Hg im Harn nachgewiesen. Zu dieser Zeit war die Rückenhaut wieder von normaler Weichheit. Das Aufhören der Quecksilberausscheidung durch den Harn ging einher mit dem Schwinden der Indurationen im Rücken. Während der Kur viel Speichelfluss. Metallischen Geschmack im Munde hatte der Patient noch in der 11. Woche nach der letzten Injektion. Ein Recidiv hat der Patient, wie ich bestimmt weifs, bis heute nicht gehabt. Lewin hat auf Grund einer grofsen Erfahrung immer und nachdrücklich ketont, dafs die mit seiner Lösung behandelten Syphilitischen verhältnismäfsig wenig von Recidiven befallen wurden. Bei andern Patienten, bei denen ich hie und da reine Sublimatlösung einspritzte, erwiesen sich die Injektionen als ganz ungemein schmerzhaft.

II. Quecksilberchlorid-Chlornatrium nach Stern und Auspitz.

Die Auspitzsche Lösung habe ich bei einer gröfseren Anzahl von Syphilitischen angewandt und bei zwei Patienten, die wegen

frischer Syphilis in den Monaten Mai und Juni 1884 mit ihr behandelt wurden, den Urin auf Hg untersucht. In beiden Fällen 25 tägliche Injektionen. In einem Fall konnte Hg im Urin nachgewiesen werden noch am Ende der 13., im andren Falle in der Mitte der 13. Woche nach der letzten Injektion. Beide Patienten verspürten noch in der 6. Woche nach der letzten Injektion metallischen Geschmack im Munde. An mehreren Injektionsstellen entstanden bei beiden Patienten Indurationen, die in der 7. und 8. Woche nach Beendigung der Kur verschwunden waren. Die einzelnen Injektionen waren in der Regel recht schmerzhaft. Von 11 Patienten, die ich in den Jahren 1882 und 1883 mit der Auspitzschen Lösung nur einmal und zwar wegen frischer Sekundär-Syphilis behandelte, und von denen ich jetzt noch Nachricht erhalte, haben 3 bis heute keine Recidive bekommen, 7 eines, 1 zwei. Das früheste Recidiv trat ein 8 Monate, das späteste 22 Monate nach der ersten Kur.

III. Quecksilberalbuminat und Quecksilberpeptonat nach Bamberger und Martineau.

Mit Quecksilberalbuminat habe ich im August 1884 einen Patienten behandelt, dessen Urin auch auf die Ausscheidungsverhältnisse des Hg hin untersucht wurde. Von der grofsen Anzahl der von mir mit Hg-Peptonat behandelten Patienten habe ich bei vieren derselben, die in den Monaten Oktober bis Dezember 1882 im Julius-Spital zu Würzburg je 25 Injektionen bekamen, den Urin auf die zeitliche Ausscheidung des Hg hin untersucht. In dem Quecksilberalbuminatfalle konnte ich noch am Ende der 10. Woche nach der letzten Injektion Hg im Urine nachweisen, in den 4 übrigen Fällen einmal am Ende der 11. Woche, die andern 3 Male am Ende der 10. Woche. Von allen mit Hg-Peptonat behandelten Patienten bekamen die wenigsten lange dauernde oder auch nur einigermafsen bedeutende Mundaffektionen oder Speichelflufs. Indurationen kommen nach diesen Injektionen niemals vor, wenn nur die Einspritzungen von geübter Hand ausgeführt werden. Die Schmerzen nach den Injektionen sind meist etwas heftig, selten unbedeutend. Von 52 Patienten, die ich vor mehr als einem Jahre wegen frischer Syphilis mit Hg-Peptonat-Injektionen behandelte, bei denen die Fournierssche Behandlungsweise nicht zur Anwendung kam und von denen ich teils längere Zeit, teils bis jetzt noch Nachrichten erhielt, sind bis heute nur fünf — nach Verlauf von $1^3/_4$ bis $2^1/_2$ Jahren — ohne Recidive geblieben; alle andern haben ein oder zwei Recidive durchgemacht, keiner mehr. Die ersten Recidive traten durchschnittlich nach 6 Monaten auf. Die Lösungen des Hg-Albuminates und Hg-Peptonates sind wenig haltbar. Halt-

barer ist die MARTINEAUsche Lösung, von der im übrigen des Gleiche gilt wie von der BAMBERGERschen.

V. Die Amidverbindungen des Quecksilbers.

Die Ausscheidungsverhältnisse des Quecksilbers bei Anwendung des Hg-Formamides habe ich in einem Falle untersucht, wo der Patient wegen frischer Syphilis im Monate September 1884 25 Injektionen mit diesem Präparate bekam. Ich fand hier in der Mitte der 6. Woche nach der letzten Injektion zum letzten Male Hg im Harne.

Ich habe eine grofse Anzahl von Patienten mit diesem Präparate behandelt und gefunden, dafs die Injektionen mit demselben im allgemeinen nicht sehr schmerzhaft sind. Von 28 Patienten, die ich in den Monaten Mai bis Oktober 1883 wegen frischer Syphilis mit je 25 Injektionen von Hg-Formamid behandelte, und von denen ich teils längere Zeit hindurch teils heute noch Nachricht habe, blieb kein einziger von Recidiven verschont. Frühestens traten die Recidive auf in der 9. Woche nach der ersten Behandlung, spätestens im 4. Monate. Zwei von jenen 28 Kranken haben bis jetzt nur 1 Recidiv bekommen, sechszehn 2, neun 3, einer 4. Hg-Formamid ist ein sehr leicht zersetzliches Präparat. Es läfst sich nicht leugnen, dafs das Hg-Formamid die vorhandenen leichteren Formen der sekundären Syphilis rascher zum Schwinden bringt, als irgend ein andres Quecksilberpräparat.

Über die andern Amidverbindungen des Quecksilbers, das Hg-Glykokoll, das Alanin- und Asparagin-Hg, stehen mir keine wesentlichen Erfahrungen zu Gebote. Nach den Arbeiten von WOLFF[1] und NEGA[2] wirken diese Präparate ebenso wie das Formamid. NEGA hat nach Glykokoll-Hg Behandlung das Hg spätestens in der 8. Woche nach der letzten Injektion noch im Urin nachgewiesen.

VI. Quecksilberbicyanuret.

Von diesem Präparate habe ich nur die Erfahrung, dafs es sehr leicht zersetzlich ist und, unter die Haut injiziert, ziemlich heftige Schmerzen hervorruft. Ich bedaure, seine Ausscheidungsverhältnisse nicht untersucht zu haben, nachdem ich aus den Berichten über den Kopenhagener Kongrefs ersah, dafs BERGH so gute Resultate mit ihm erzielt hat. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich es in bezug auf seine Wirksamkeit den Amidverbindungen des Quecksilbers gleichsetze.

---

[1] WOLFF, *Über die subkutane Anwendung des Glykokoll-, Asparagin und Alaninquecksilbers* etc. 1884.

[2] NEGA, *Ein Beitrag zur Frage der Elimination des Mercurs* etc. 1882.

VII. Kalomel zu Injektionen.

Kalomelinjektionen werden heute kaum mehr gemacht, weil die grofse Schmerzhaftigkeit derselben und die Gefahr der Abscefsbildung deren Anwendung verbietet. Nach den betreffenden Mitteilungen in der Litteratur und den mir durch VON RINECKER gütigst gemachten Angaben über die Resultate, die man mit diesem Präparate am Julius-Spital zu Würzburg erzielte, ist übrigens soviel sicher, dafs es sehr nachhaltig wirkt resp. Recidive eher verhütet, als irgend ein andres Injektionspräparat. Berücksichtigt man nun noch den Umstand, dafs es innerhalb des Körpers in eine lösliche Modifikation des Hg umgewandelt werden mufs, ehe es resorbiert wird, so kann man mit Sicherheit annehmen, dafs es längere Zeit nach der letzten Einspritzung im Organismus verweilen wird, als ein andres Injektionspräparat.

VIII. Graue Salbe.

Über diese hier nur die Bemerkung, dafs nach ihrem Gebrauch der Harn mindestens 6 Monate lang, in der Regel wohl noch länger, quecksilberhaltig gefunden wird (SCHUSTER, VAJDA und PASCHKIS). Ferner, dafs nach einer rechtzeitig eingeleiteten und sorgfältig durchgeführten Inunktionskur erfahrungsgemäfs die Gefahr der Recidive geringer ist als nach Anwendung irgend eines andren Antisyphilitikums. Der grauen Salbe dürften nach ihrer Wirkungsweise hin gleichkommen die Merkurseife, die UNNAschen Hg-Pflastermulle und das Hg-Oleat.

Aus dieser Zusammenstellung geht zunächst hervor, dafs diejenigen Quecksilberpräparate, die am längsten im Körper verweilen, also am anhaltendsten und nachhaltigsten wirken, am ehesten Recidive verhüten. Nach dieser Eigenschaft hin kann man die aufgezählten Quecksilberpräparate in 3 Gruppen einteilen:

I. Hg-Präparate von sehr nachhaltiger Wirkung:
a. Graue Salbe: Hg im Urin noch nach mindestens 6 Monaten;
b. Kalomel;
c. LEWINsche Sublimatlösung: Hg im Urin noch nach mindestens ca. 18 Wochen.

II. Hg-Präparate von mittlerer nachhaltiger Wirkung:
a. $HgCl_2$.NaCl-Lösung: Hg im Urin nachzuweisen noch nach ca. 13 Wochen.
b. Hg-Albuminat } Hg im Urin nachzuweisen noch nach ca.
Hg-Peptonat } 10—11 Wochen.
c. Blutserumquecksilber: Hg im Urin nachzuweisen noch nach ca. 11 Wochen.

III. Hg-Präparate von geringer nachhaltiger Wirkung:
a. Hg-Bicyanuret;

b. Hg-Glykokoll: Hg im Urin nachzuweisen noch nach ca. 8 Wochen.
c. Hg-Formamid: Hg. im Urin nachzuweisen noch nach ca. 6 Wochen.

Hier will ich noch bemerken, dafs die nachhaltige Wirkung der LEWINschen Sublimatlösung, sowie die der $HgCl_2$.NaCl-Lösung auf der Bildung von Sublimateiweifs unter der Haut beruht. Das Sublimateiweifs wird nur ganz allmählich gelöst und in Zirkulation gebracht. Darauf beruht die sicherlich ganz richtige, wenn auch oft angezweifelte Behauptung LEWINS, die mit seiner Lösung behandelten Syphilitischen würden seltener Recidive erleiden.

Ordnet man die oben aufgezählten Hg-Präparate nach der Gröfse des bei ihrer Applikation eintretenden Schmerzes, so erhält man folgende Gruppierung:

I. Sehr schmerzhaft sind Injektionen von
a. Kalomel,
b. LEWINscher Sublimatlösung,
c. $HgCl_2$.NaCl-Lösung,
d. Hg-Bicyanuret.

II. In geringem Grade schmerzhaft sind Injektionen von
a. BAMBERGERS Albuminat-Hg,
b. BAMBERGERS und MARTINEAUS Peptonat-Hg.

III. Sehr wenig schmerzhaft sind die Injektionen der Amidverbindungen des Quecksilbers.

IV. Schmerzlos sind
a. Injektionen von Blutserumquecksilber,
b. Inunktionen von grauer Salbe.

Berücksichtigt man die Haltbarkeit der einzelnen Präparate, so erhält man folgende Gruppierung:

I. Sehr haltbare Präparate:
a. Graue Salbe,
b. Kalomel,
c. LEWINsche Sublimatlösung,
d. $HgCl_2$.NaCl-Lösung,
e. Blutserumquecksilber.

II. Präparate von geringer Haltbarkeit:
a. BAMBERGERS und MARTINEAUS Hg-Peptonat,
b. BAMBERGERS Hg-Albuminat.

III. Präparate von sehr geringer Haltbarkeit:
a. Hg-Bicyanuret,
b. die Amidverbindungen des Quecksilbers.

Es fragt sich nun, welche Indikationen die einzelnen Präparate haben. Ich bin entschieden der Meinung, man solle die Eigenschaft der grauen Salbe, sehr nachhaltig zu wirken, nicht so aufser acht lassen, wie es seit Einführung der Injektionsbehandlung der Syphilis vielfach geschieht. Man darf aber auch mit ihrer Anwendung keinen Mifsbrauch treiben, namentlich dann nicht, wenn man einen Patienten einer mehrjährigen antisyphilitischen Kur unterwirft, was gewifs geschehen mufs, wenn man dessen Syphilis einigermafsen gründlich zu heilen versucht. Denn, wie CASPARY, der freilich kein Anhänger dieser Methode ist, mit vollem Recht betont[1], es sind die Wirkungen des fortwährend im Organismus kreisenden Quecksilbers keineswegs gering anzuschlagen. Ein Patient aber, der innerhalb mehrerer Jahre öfters mit grauer Salbe behandelt wird, kann während dieser Zeit nie Hg-freien Urin haben. Es empfiehlt sich daher, die graue Salbe nur bei dem ersten Ausbruche der Sekundär-Symptome anzuwenden in der milden Weise, wie SIGMUND will. Es ist erfahrungsgemäfs festgestellt, und ich werde in kurzem in einer Statistik über gummöse Fälle einen Beweis hierfür erbringen, dafs eine rechtzeitig eingeleitete, gründliche, aber doch vorsichtig gehandhabte erste Syphilisbehandlung von einschneidendem Einflufs ist auf den ganzen übrigen Verlauf dieser Krankheit. Unter „rechtzeitig" verstehe ich die von der Wiener Schule eingeführte Methode, erst nach Ausbruch der Sekundär-Symptome die Allgemeinbehandlung zu beginnen. NEISSER[2] leitet die Allgemeinbehandlung schon gleich nach der Entstehung der Sklerose ein, aus ätiologischen Gründen; so einleuchtend seine Argumente hierfür zu sein scheinen, die praktische Erfahrung bestätigt sie offenbar nicht. Da von der Güte der ersten Kur teilweise der spätere günstige Verlauf der Syphilis abhängt, dürfte es sich empfehlen, mit dem nachhaltigst wirkenden Quecksilberpräparat die Reihe der an einem Patienten vorzunehmenden antisyphilitischen Kuren zu beginnen, mit der grauen Salbe.

Häufig ist es aus Gründen, die beim Patienten selbst liegen, nicht möglich, die frische Syphilis mit grauer Salbe zu behandeln, sondern man mufs, will man nicht den unsicheren Weg der innerlichen Quecksilberbehandlung einschlagen, die Injektionstherapie einleiten. Will man das thun, so wähle man Präparate, die in ihrer nachhaltigen Wirkung der grauen Salbe am nächsten kommen. Da ist zunächst das Kalomel. Dessen Anwendung verbietet sich jedoch wegen seiner grofsen Schmerzhaftigkeit und der Gefahr der Abscefsbildung. Es bleibt daher nur die LEWINsche Sublimatlösung. Allein man wird dieselbe nur bei unempfindlichen Leuten anwenden können, da auch sie, unter die Haut injiziert, heftige Schmerzen

[1] *Deutsche med. Wochenschrift.* 1884. No. 13.
[2] Ebenda. 1884. No. 1 und 2.

hervorruft. Man ist daher oft genötigt, zu minder nachhaltig wirkenden Präparaten zu greifen, zur $HgCl_2NaCl$-Lösung, zum Blutserumquecksilber oder zum Hg-Peptonat. Welches Injektionspräparat man aber auch der grauen Salbe substituiert, man hat sich eines Vorteils in der Syphilisbehandlung begeben. Keinesfalls aber wird man bei sonst kräftigen und gesunden Individuen mit frischer Syphilis die Amidverbindungen des Quecksilbers zur ersten Kur benutzen: denn die Recidive kommen gar zu rasch und häufig nach Anwendung dieser Präparate. Indes gibt es auch Fälle, wo man denselben den Vorzug geben muſs vor allen andern Quecksilberverbindungen: nämlich bei skrofulösen, schwächlichen, schlecht genährten Individuen mit frischer Syphilis. Behandelt man solche Patienten mit grauer Salbe, so sieht man in der Regel, daſs die Syphilis in den durch das Quecksilber der grauen Salbe geschwächten Organismen einen üblen Verlauf nimmt. Hier sind die Amidverbindungen des Hg am Platze, die rasch aus dem Körper wieder ausgeschieden werden und so am wenigsten Schaden bringen können.

Zu Nachkuren, entweder im Fournierschen Sinn, oder bei eintretenden Recidiven, wähle man aus dem oben angegebenen Grunde nicht die graue Salbe, sondern die milder, weil weniger nachhaltig als diese, wirkenden Injektionspräparate, und zwar bei kräftigen Leuten die länger im Organismus weilenden Hg-Verbindungen (Blutserumquecksilber, $HgCl_2.NaCl$-Lösung, Hg-Peptonat), bei schwächlichen Individuen die am raschesten den Organismus wieder verlassenden Hg-Präparate, nämlich die Amidverbindungen.

Ich halte die „chronische“ Behandlung der Syphilis im Fournierschen Sinne für die beste, aber nicht in der von ihrem Erfinder gewollten ungeheuerlichen Weise, sondern nach folgender, von Rinecker gelehrten und erprobten milderen Methode: Im Verlaufe von drei Jahren nach der ersten Kur noch 6 Nachkuren mit Hg-Injektionen, alle 6 Monate eine; das 1. und 2. Mal je 20, das 3. und 4. Mal je 15, das 5. und 6. Mal je 10 Injektionen. In der Zeit zwischen zwei Einspritzungskuren alle 8 Wochen 20 g Jodkalium, 2 g pro die.

Will man in irgend einem gefahrdrohenden Syphilisfalle rasch eine gröfsere Quantität Quecksilber dem Körper einverleiben, so nimmt man am besten die 3%ige Lösung von Blutserumquecksilber und macht mit derselben mehrere Tage hintereinander je eine Injektion von 1 g.

Will man leichtere Formen sekundärer Syphilis, z. B. makulöses Exanthem im Gesicht, Corona venerea u. dgl. aus Rücksicht für gewisse Interessen des Patienten rasch beseitigen, so kann man, ehe man zu den im betreffenden Falle passenden Hg-Präparaten übergeht, einige Injektionen von Hg-Formamid oder Hg-Glykokoll

machen, weil diese Amidverbindungen des Quecksilbers am raschesten wirken. Ich will übrigens hier nochmals wiederholen, was schon von andern Seiten öfters und ausdrücklich betont wurde: Zur Heilung der Syphilis ist es durchaus nicht erforderlich, dafs ein Hg-Präparat sehr schnell, sondern dafs es nachhaltig wirke.

Während dieser Arbeit ersah ich aus der soeben erschienenen 1. Lierung einer „chirurgischen Technik" von MOSETIG-MOORHOF, dafs LISTER die Verbindung von Sublimat mit Blutserum als „Serosublimat" mit grofsem Vorteil in die Technik der Wundbehandlung eingeführt habe. Ich freue mich, dafs auch von andrer Seite zu andrem Zwecke das Blutserumquecksilber dem Arzneischatze zugeführt wurde, und füge noch bei, dafs ich dasselbe auch bei der Behandlung der akuten Gonorrhöe mit grofsem Nutzen anwandte.

Nach Abschlufs dieser Arbeit erhielt ich Kenntnis von der interessanten Entdeckung bezw. therapeutischen Verwertung des Quecksilber-Chlorid-Harnstoffes durch SCHÜTZ.[1] Ich konnte diese neue Amidverbindung des Hg nicht mehr berücksichtigen, glaube aber, dafs das neue Präparat den übrigen Amidverbindungen gleichwertig sein wird. SCHÜTZ gibt an, dafs es momentan noch rascher wirke, als das Hg-Formamid.

Wiesbaden, 9. April 1885.

Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa adultorum.

Von

Dr. FUNK

in Warschau.

I.

Bei einer 24jährigen Puerpera schossen am viertem Tage des Wochenbettes kleine Knötchen unter leisem Jucken am Gesicht, Rumpfe und an den Extremitäten auf. Am 12. Tage der Erkrankung —bei meinem ersten Besuch — war folgendes Krankheitsbild zu sehen:

Fast die ganze Haut ist gerötet, geschwollen und mit dichtgedrängten Knötchen besetzt. Die kleinen Knötchen stehen entweder einzeln oder zu grofsen Plaques verschmolzen; eine solche Plaque nimmt beinahe ohne Unterbrechung den ganzen Rücken und das Gesäfs ein. Diese erhabenen, körnigen, roten Flächen sind von einer welligen Linie ganz abrupt gegen die spärlichen gesunden

[1] *Deutsche med. Wochenschr.* 1885. No. 14.

Hautstellen begrenzt. Die Knötchen gehören dem Ekzemtypus an und auch das Gesamtbild steht einem generalisierten papulösen Ekzem sehr nahe. Doch ist die Grundfarbe keine intensiv rote, auch ist kein Jucken vorhanden — die Kranke klagt bloſs über leichtes Brennen. Die Ohrmuscheln sind verdickt, plump, exkoriiert, wie beim Ekzem. Das Gesicht ist am schwächsten affiziert, die Extremitäten am stärksten, und zwar in derselben Weise die Beuge- wie die Streckflächen.

Einige Hautbezirke stellen aber ein vom papulösen Ekzem ganz abweichendes Bild dar. So sind 1. am Thorax oberhalb der Mammae mandelgroſse, annuläre Plaques zu sehen, aus denselben kleinen Knötchen gebildet und dementsprechend am Rande etwas zackig. In der Mitte sind die Plaques glatt, eingesunken, nicht cyanotisch.

Dann 2. ist das Gesicht, Vorderarme und Unterschenkel mit Bläschen und Blasen bedeckt. Es sind nebeneinander alle Übergangsformen vom kleinen Knötchen zur groſsen Blase zu sehen. Besonders dicht sind die Vorderarme mit zusammengedrängten Knötchen, Bläschen und Blasen besetzt; am Gesicht spärliche Blasen; der Fuſsrücken mit groſsen schlappen Blasen gänzlich bedeckt. Capillitium, Handteller und Fuſssohlen, Finger und Zehen sind ganz vom Ausschlag frei und normal gefärbt. Die Bläschen und Blasen sind mit wasserhellen etwas klebrigen Inhalt prall gefüllt; bloſs die groſsen Blasen (am Fuſsrücken) sind matsch und gelblich getrübt. Das Knötchen bildet die Grundform der Dermatose, die Bläschen und Blasen sind als weitere Entwickelungsformen anzusehen; nur am Gesicht kommen linsengroſse, wasserhelle Blasen unmittelbar zu tage.

Sonst verläuft das Puerperium in ganz normaler Weise; Körpertemperatur nicht erhöht, auch anamnestisch keine Fieberbewegung eruierbar. Das Kind gesund. Keine ähnliche Hauterkrankung in der Umgebung.

Schon nach Verlauf von zwei Tagen fand ich den papulösen Ausschlag ein wenig blässer und abgeflacht. Nun geht die Involution rasch vor sich, die Knötchen verschwinden, die Blasen vertrocknen an gelblichen Borken. Unterdessen kommt noch ein kleiner Nachschub zum Vorschein, nämlich wasserhelle Bläschen an den Wangen und am Kinn, auch bilden sich Pustelchen aus einigen Knötchen am Halse, an den Brüsten, am Bauch und Rücken.

Am 20. Tage der Erkrankung ist der Prozeſs als erloschen anzusehen, der papulöse Ausschlag ist ohne Spur verschwunden, die Borken fallen ab, und nun beginnt eine leichte Desquamation. Es schälen sich vorwiegend kleine Epidermislamellen ab, nur am Fuſsrücken geht die Oberhaut beinahe in einem Fetzen ab.

Somit ist bei einer fieberfreien Puerpera am 4. Tage nach der Entbindung eine allgemeine ekzemartige Dermatonose entstanden,

nicht juckend, multiform, aus kleinen Knötchen, Bläschen, Blasen und annulären Plaques bestehend, und nach dreiwöchentlicher Dauer mit einer leichten Desquamation abgeschlossen.

II.

In welcher Weise ist nun die beschriebene Dermatonose zu deuten:

a. Gewifs nicht als eine puerperale septische Hauterkrankung — dagegen spricht sowohl das normal verlaufende, fieberlose Puerperium, sowie die Form der Hauterkrankung. Die septischen Puerperaldermatonosen sind nämlich scharlachartig und vorwiegend am Bauche lokalisiert.

b. Impetigo herpetiformis ist leicht in unserm Falle auszuschliefsen. Es fehlen nämlich Schüttelfröste, das hohe Fieber, der aus kleinen Pusteln formierte peripher fortschreitende Rand, der langwierige und schwere Verlauf.

c. Als Angioneurose den Fall aufzufassen wäre eine blofs negative Diagnose. Bei einer rein lokalen Erkrankung können lokale Noxen nicht kurzweg ausgeschlossen werden. — Der nächste Morgen kann neue Untersuchungsmethoden mit sich bringen, und dann werden gestern noch unbekannte Noxen entdeckt.

Von reinen Angioneurosen kann hier offenbar keine Rede sein. Auch in den klinisch gut charakterisierten Typus der multiformen Erytheme pafst der Fall keineswegs, und ein mehr entsprechender Typus der angioneurotischen Dermatonosen existiert nicht.

Arzneimittel waren früher der Kranken nicht verordnet (auch keine Irrigationen).

Wenn ich den Fall als exfoliative Dermatitis aufgestellt habe, so ist dies nicht um die Exfoliation zu betonen, welche blofs eine Konsekutiverscheinung bildet. Ich wollte nur damit meinen Fall an einige andre anreihen, die denselben Namen führen und analoge Bilder darbieten.

Wir betreten damit ein dunkles, schwankendes Gebiet. Bei Erwachsenen sind ähnliche Hauterkrankungen äufserst selten.[1] Es sind dieses ekzemartige akute Dermatosen, meistens über die ganze Haut verbreitet, oft mit Bläschen und Blasen kombiniert und mit Desquamation abschliefsend.[2]

Im Jahre 1878 berichtete Ritter über 297 Fälle einer Hauterkrankung, die im Prager Findelhause grassierte. Diese Dermatitis

[1] Duhring, *Diseases of the Skin*. S. 328.

[2] Anfang März d. J. habe ich zwei bemerkenswerte Ekzemfälle gesehen. Es bildeten sich binnen einer Nacht zahlreiche Knötchen am Rücken, die rasch zu Bläschen wurden, und somit war am dritten Tage ein Bild zu sehen, welches alle Merkmale des artifiziellen vesikulösen Ekzems an sich trug, und doch waren absolut keine örtliche Noxen eruierbar. Im ersten Falle war der ganze Rücken besetzt, im zweiten blofs die untere Hälfte. Es waren in beiden Fällen lebhafte Entzündungserscheinen und starkes Brennen vorhanden (kein Jucken). Ich liefs die Stellen mit Lotio nigra waschen und mit Zinkpaste bedecken — der Ausschlag trocknete binnen 4 Tagen ein.

exfoliativa neonatorum kommt in der 1—5. Lebenswoche und stellt eine rein lokale, nicht fieberhafte, typisch binnen 3—4 Wochen verlaufende Dermatonose vor. Die stark gerötete und gedunsene Haut bedeckt sich mit Bläschen und Blasen, es kommen Nachschübe endlich schliefst das Bild mit starker Exfoliation ab.[1]

Ich erkenne in diesem Bilde alle Charakterzüge des oben beschriebenen Falles.

Nun ist aber die Dermatitis exfoliativa neonatorum eng mit einigen andern Dermatonosen verwandt; es bilden nämlich pemphigoide Eruptionen bei Neugeborenen und älteren Kindern, die Rittersche Dermatitis, vielleicht teilweise auch Impetigo contagiosa eine scharf markierte Krankheitsgruppe. Es sind dies rein lokale, typisch binnen 10—20 Tagen ohne Fieber verlaufende, kontagiöse, oft endemisierende, bullöse Hauterkrankungen. Über gröfsere Epidemien von Pemphigus neonat., vorwiegend in Entbindungsanstalten, berichteten Hervieux (150 Fälle), Olshausen (Endemie in der Stadt Halle), Moldenhauer (Entbindungsanstalt und Stadt Leipzig, 98 Fälle), Winckel (160 Fälle) u. a. Über Pemphigus acutus-epidemicus bei älteren Kindern berichtete Klemm (23 Fälle bei Kindern und 3 bei Erwachsenen in 2 Häusern), Tordeus, Padowa. Es sind auch kleine Epidemien von Impetigo contogiosa bekannt (Harlingen).

Die Kontagiosität dieser Erkrankungen ist oftmals bewiesen worden. So wurden nicht selten Mütter sowie ältere Geschwister mit Pemphigus-acutus-Blasen angesteckt, auch sind positive Impfungen mit Blaseninhalt von Pemphigus neonatorum (Moldenhauer, Koch, Vidal, Rigby) und Impetigo contag. (Tilbury Fox) bekannt. Nicht selten auch waren diese kleine Endemien mit der Praxis einer Hebamme verknüpft.

Schleimhäute werden bei dieser Krankheitsgruppe nicht affiziert (wenn man nur von dem Bednarschen und gewöhnlichen Mundaphten absieht).

III.

Die Ätiologie dieser Krankheitsgruppe steht noch vollständig im dunkeln; die positiven Untersuchungen stehen ganz vereinzelt und stimmen nicht überein. So fanden bei Impetigo contagiosa Kaposi, Geber, Tilbury Fox (in den Borken)[2] einen Hyphenpilz. Bei einem exquisiten Fall von Pemphigus acutus neonati fand Riehl[3] in den Blasendecken reichliches Myzelgeflecht und Gonidienhaufen (wahrscheinlich Trichophyton). Nun ist zweifellos, dafs ein Teil der genannten Blaseneruptionen als Hyphomykose aufzufassen ist.

---

[1] Ritter, *Centralzeitung f. Kinderheilk.* 1878. 1. Oktober — Bohn, *Hautkrankheiten* (Gerhards *Handbuch der Kinderkrank.*) S. 205.
[2] Fox, *Diseases of the Skin.* S. 224.
[3] G. Riehl, *Wiener med. Wochenschrift.* 1883. Nr. 51.

Anderseits fand Radcliffe Crocker Kokken im Blaseninhalt bei Impetigo contagiosa, Birch-Hirschfeld bei Pemphigus acutus. Pulvermacher[1] fand grofse Kokken im Blaseninhalt bei einem eminent kontagiösen Fall von Pemphigus acutus neonati, und zwar innerhalb der Eiterkörperchen; Blasen waren auch bei der Mutter und 4-jährigen Schwester zu sehen, mit denselben Kokken innerhalb der Eiterkörperchen.

Dafs die physiologische Epidermisabschilferung der Neugeborenen höchstens als Disposition, nicht als Ursache der genannten Erkrankungen gelten kann, ist einleuchtend. Sie reicht zur Erklärung der Hausepidemien, Kontagiosität, der positiven Impfungen, der Erkrankung bei Erwachsenen nicht aus, ist auch mit den Pilzbefunden unvereinbar.

Bei meiner Kranken habe ich die Blasendecken sowie den reinen und getrübten Blaseninhalt (den intakten Blasen entnommen) untersucht (Blasendecken in Kalilösung, Flüssigkeit mit Fuchsinfärbung). Überall war, auch ohne Färbung, eine einzige Kokkenart in grofser Menge zu sehen. Es sind dies grofse Kokken (1 mm), vorwiegend zu 3 und 4 (auch mehr) nach allen Richtungen angereiht. Die kleinen Ketten sind ganz gerade oder ein wenig gebogen. Sie liegen reichlich sowohl in der Flüssigkeit, wie auch innerhalb der Eiterkörperchen (im trüben Blaseninhalt). Im letzten Falle erinnert das Bild lebhaft an Gonokokken, nur sind die letztern regelmäfsiger, in gleichen Abständen gruppiert, auch färben sie sich viel intensiver (so tingiert dieselbe Fuchsinlösung die Gonokokken schwarz, die andern rot).[2]

In Nährgelatine bei Zimmertemperatur wächst der Coccus ziemlich gut in Form von weifsen, undurchsichtigen, glänzenden Tröpfchen und Inseln. Einige Kulturen wurden am zweiten und dritten Tage gelblich, dann orangegelb und verflüssigten rasch die Gelatine, andre blieben weifs und griffen die Gelatine nicht an. Die weifse sowie die gelbe Kultur zeigte mikroskopisch dasselbe oben beschriebene Kokkenbild. Meine diesbezüglichen Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen.

Von der Ausstellung zu Kopenhagen.

Ultzmanns Instrumente zur Harnröhrenthearapie.

(Mit 3 Abbildungen.)

In einer kürzlich erschienenen Abhandlung von Finger: *Zur Pathologie und Therapie des Harnröhrentrippers* (*Zeitschrift für*

[1] Pulvermacher, *Monatshefte f. prakt. Dermatologie.* 1885. Nr. 2.

[2] Die Kokken, von Pulvermacher beschrieben, sind von Gonokokkengröfse, die von Crocker sind zu 4 angereiht, es spricht also nichts gegen die Identität der sämtlichen Kokkenbefunde.

Therapie. 1885. No. 3 u. 4) werden die Vorzüge der Ultzmann-schen Instrumente geschildert. Bei Besprechung der Therapie der Urethritis posterior acuta erwähnt der Autor die Methode der Zurückschiebung der Injektionsmasse in der geschlossenen Urethra durch den Finger von aufsen und fährt dann fort:

Diese Methode, wenn sie auch den unleugbaren Vorteil hat, dafs die kranken Partien sicher mit dem Medikament in Berührung gebracht werden, hat doch den Nachteil grofser Unsicherheit. Der Patient bringt einmal mehr, einmal weniger Flüssigkeit nach rückwärts, bringt die Flüssigkeit ein drittes Mal vielleicht bis in die Blase, was bei leerer Blase oft nicht ganz gleichgültig ist. Oft aber scheitern die redlichsten Bemühungen des Patienten an dem starren Widerstande des Compressor urethrae. Daher empfiehlt es sich, eine Methode anzuwenden, die diese beiden Nachteile vermeidet, und diese habe ich in der Vornahme der Injektionen mit dem Ultzmannschen Harnröhreninjektor gefunden (Fig. 14). Dieser besteht aus einem neusilbernen, 16 cm langen Kapillarkatheter, von der mittleren Krümmung eines Metallkatheters und dem Kaliber 14—16 Charriére. In die Hartgummifassung des extravascialen Teiles pafst eine Pravazsche Spritze, die 1—2 ccm Flüssigkeit fafst. Das mit Glycerin gut bestrichene Instrument (Öl darf aus dem Grunde nicht angewendet werden, da es eine für die adstringierende Lösung impermeable Schicht auf der Schleim-

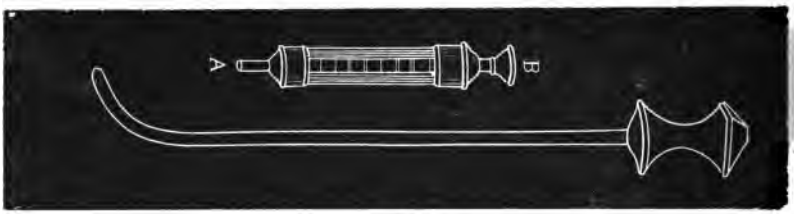


Fig. 14.

haut bilden würde) wird vorsichtig bis in die pars prostatica eingeführt und nun während langsamen Zurückziehens desselben die im Spritzchen enthaltene adstringierende Flüssigkeit durch geringes ruckweises Vorschieben des Stempels um je einen Teilstrich tropfenweise auf der pars prostatica, membranacea, bulbosa, deponiert. Natürlich müssen, damit man die Einführung der Spritze wagen kann, alle Reizerscheinungen, Schmerz, Drang und Krampf bei und nach dem Urinieren geschwunden und das Einführen des Instrumentes, von dem durch das Glycerin bedingten Brennen abgesehen, schmerzlos sein. Einen leichten Reflexkrampf des Kompressor überwindet man am besten mit etwas ruhigem Zuwarten, und kann ich sagen, dafs mir unter einer gröfseren Zahl von 5—6 Wochen alten Urethritiden nur sehr wenige vorkamen, die die schonende Einführung des Instrumentes nicht vertragen hätten und nicht rasch der Besserung und Heilung zugeführt worden wären. Ich nehme diese Injektionen anfangs jeden zweiten bis dritten, später jeden Tag vor und lasse nebenbei vom Patienten dieselben Lösungen mit der Tripperspritze zweimal täglich in der gewöhnlichen Weise in die vorderen Urethralpartien injizieren. Zum Injizieren mittels Ultzmannschen Injektors verwende ich die bekannten adstringierenden Solutionen in gleichem Verhältnis, also Kali hypermanganic. 0,02 : 100,0. Zincum acetic. und sulfuric. 0,2—0,5 : 100,0, Acid. tannic. 0,2—0,5 : 100,0; sind aber einmal die akuten Erscheinungen geschwunden, die Sekretion gering, dann leistet mir insbesondere das Argent. nitric. 0,2—0,5 : 100,0 vorzügliche Dienste.

Vor der Injektion lasse ich die Harnröhre durch Urinieren vom Eiter reinigen, aber die Blase nicht ganz entleeren, um, falls beim Injizieren ein Tröpfchen Lösung seinen Weg in die Blase fände, es durch den hier angesammelten Urin diluiert und absolut unschädlich gemacht werde. Nach der Injektion empfiehlt es sich, zwei bis drei Stunden den Urin zurückzuhalten, da ein baldiges Urinieren meist etwas lebhafter zu brennen pflegt. Üble Folgen habe ich von dieser Behandlung nie, dagegen stets die rasche Abheilung der Urethritis posterior gesehen. Dafs das sonstige Regime ein strenges und dem Verhalten der Tripperkranken überhaupt analog sein mufs, ist hervorzuheben wohl überflüssig. —

Beim chronischen Tripper empfiehlt Finger den Ultzmannschen Irrigationskatheter (Fig 15).

Der Irrigationskatheter besteht aus einem 16 cm langen Katheter Charriére No. 14—16 mittlerer Krümmung, der nahe dem Vesikalende vier kreuzweise gestellte Spalten hat und durch ein Kautschukrohr mit einer Wundspritze verbunden werden kann. Wenn der Katheter beim Liegen des Patienten mit der Bauchwand einen Winkel von 110—120° bildet, befindet sich der Schnabel in der pars membranacea, und die nun eingespritzte Flüssigkeit wird durch diese und die pars prostatica in die Blase gelangen. Zum Injizieren verwendet man,

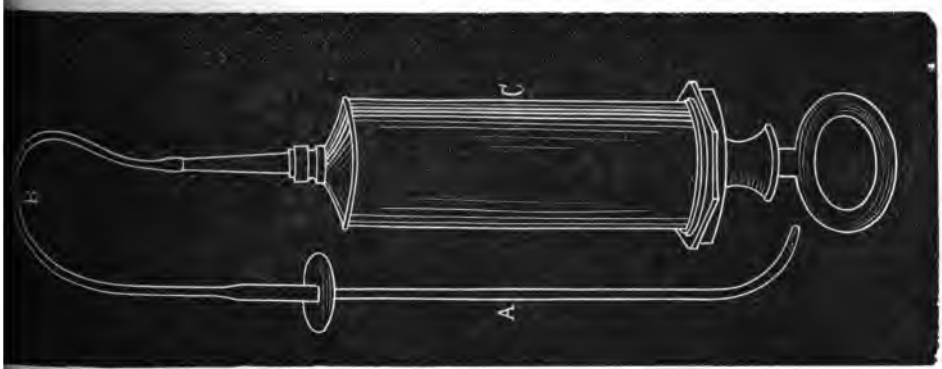


Fig. 15.

wenn man sich des Verfahrens von Diday oder des Ultzmannschen Irrigationskatheters bedient, noch ziemlich diluierte Lösungen, die aber in gröfserer Menge, 200—500 ccm, injiziert werden und, da sie in die Blase gelangen, früher am zweckmäfsigsten erwärmt werden mögen. Auch möge man die Injektion bei nicht ganz leerer Blase vornehmen. Als solche Injektionsflüssigkeiten empfehlen sich:

℞ *Acid. carbolic.* 1,0
Aq. dest. 500,0

℞ *Acid. carbolic.*
Zinci sulfur. ää 1,0
Aq. destill. 500,0

℞ *Kali hypermang.* 0,2—0,5
Aq. destill. 500,0

℞ ***Arg. nitric.*** **0,2—1,0**
Aq. destill. **500,0**

Ist die Affektion zirkumskript, von längerer Dauer, Irrigationen vielleicht schon viel und erfolglos angewendet worden, dann empfehlen sich konzentriertere Lösungen, die aber nur tropfenweise mit der Spritze von Guyon oder dem Ultzmannschen Harnröhreninjektor zu applizieren sind. 2—5—10 Prozent Lapislösungen sind dann am Platz, die anfangs jeden dritten bis vierten Tag, die schwächeren später wohl auch täglich angewendet werden müssen.

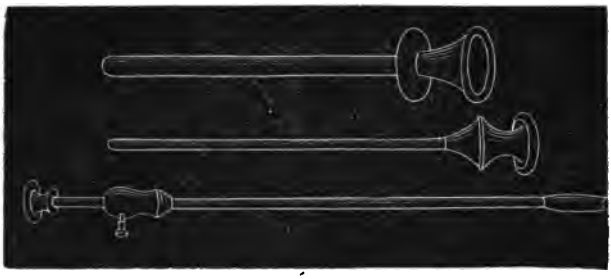


Fig 16.

Die letztgenannten stärkeren Lösungen können auch unter der Kontrolle des Endoskopes in der Weise angewendet werden, dafs man die krankhaft affizierten Stellen einstellt und nun mit einem Haarpinsel, der in die genannten Lösungen getaucht und durch das Endoskop eingeführt wird, bepinselt. (Fig. 16).

Referate.

Gerhardt, **Bromwasserstoffsäure, ein neues Mittel zur Behandlung des Merkurialgeschwürs.** (*Sitzungsberichte der physikal.-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg.* 1883.)

Gerhardt hat ein wertvolles Mittel in die Therapie der Stomatitis mercurialis bezw. des Merkurialgeschwüres eingeführt: die Bromwasserstoffsäure. Gerhardt hatte, als er nach dem Tode Rineckers die Leitung der syphilitischen Klinik zu Würzburg übernahm, den Referenten, damaligen Assistenten der Klinik, beauftragt, zur Ätzung der Merkurialgeschwüre statt der bisher gebrauchten konzentrierten Salzsäure die Bromwasserstoffsäure zu verwenden. Gröfsere Merkurialgeschwüre auf der Wangenschleimhaut, der Schleimhaut des Zahnfleisches und der Zunge wurden an der Würzburger syphilitischen Klinik früher mit recht gutem Erfolge neben dem innerlichen Gebrauche von chlorsaurem Kali durch Ätzungen mit konzentrierter Salzsäure behandelt. Die Salzsäure dringt in den grauweifsen, sehr fest anhaftenden nekrotischen Belag der Geschwüre, welcher sich dabei schwarzgrau verfärbt. Nach 2—3 Tagen, während welcher natürlich die Quecksilberbehandlung ausgesetzt und die Ätzung mit Salzsäure mehrmals wiederholt wird, löst sich der Schorf ab und es erscheint nun ein gut granulierender Geschwürsgrund, der sich bei häufigem Gebrauche von Mundwässern (Kali chloricum, Tr. Ratanh. etc.) rasch überhäutet, so dafs die Gesamtheilungsdauer eines Merkurialgeschwürs 5—8 Tage betrug. Zwei Nachteile hat diese Behandlung. Erstens war der durch die Ätzung hervorgerufene Schmerz immer sehr heftig; er wurde nicht wesentlich gemildert durch die nach erfolgter Ätzung stets geübte Ausspülung des Mundes mit Wasser

Zweitens erstreckte sich die Ätzwirkung der Salzsäure nur auf die Oberfläche des nekrotischen Belages, nicht durch den ganzen Belag hindurch. Die Salzsäure bildet sehr rasch mit den eiweifsartigen Bestandteilen des oberflächlichen Geschwürsbelages einen Schorf, der das Durchdringen der Salzsäure in die Tiefe des Belages verhindert; deshalb stöfst sich der Schorf später ab, und sind öfter wiederholte Ätzungen mit der Salzsäure nötig, als wenn dieselbe den ganzen Belag auf einmal durchdringen würde. Die von GERHARDT in die Behandlung des Merkurialgeschwürs eingeführte Bromwasserstoffsäure wirkt rascher als die Salzsäure und besser, weil sie deren Nachteile nicht besitzt. Die Ätzung mit Bromwasserstoffsäure ist zwar nicht völlig schmerzlos; aber sie ist bedeutend weniger schmerzhaft als die mittels Salzsäure. Der Hauptvorteil der Bromwasserstoffsäure liegt jedoch in der Art der Ätzwirkung derselben. Indem diese Säure weniger schnell mit den eiweifsartigen Substanzen sich verbindet, ist sie imstande, in die Tiefe des Belages zu wirken und denselben nach ein- höchstens zweimaliger Applikation zu verschorfen und zum Abfallen zu bringen. Man kommt dieser Wirkung der Bromwasserstoffsäure durch eine gewisse Manipulation während der Ausführung der Ätzung zu Hilfe. Dieselbe geschieht durch einen Wattepinsel, d. h. durch einen Wattebausch, der über das Ende eines ca. 20 cm langen Holzstabes kappenförmig festgebunden ist. Dieser mit der Säure imprägnierte Wattebausch wird fest auf das Merkurialgeschwür gedrückt und nun sucht man durch rotierende Bewegungen mit diesem Instrument den Geschwürsbelag gewissermafsen zu durchbohren. Dabei sieht man, wenn das Geschwür nicht zu grofs ist, wie die oberflächlichen Teile des Belages sich abbröckeln und nach ihrer Entfernung die Bromwasserstoffsäure in die Tiefe wirkt. Die Ätzung mit Salzsäure wird durch diese Manipulation nicht beeinflufst. Kleinere und mittelgrofse Merkurialgeschwüre bedürfen nur einer, sehr grofse zweimaliger Ätzung mit Bromwasserstoffsäure. Die entzündliche Reaktion des den Geschwürsgrund umgebenden Gewebes ist bei der Ätzung mit Bromwasserstoffsäure viel geringer als bei der mit Salzsäure. An der Würzburger syphilitischen Klinik wurden in den Monaten März bis Juli 1883 28 Fälle von gröfseren Merkurialgeschwüren mit Acidum hydrobromicum (und Kali chloricum innerlich) behandelt; die Heilungsdauer schwankte zwischen 2 und 5 Tagen und betrug im Durchschnitt 3 Tage; sie war kürzer als bei Anwendung der Salzsäureätzungen.

Ref. hat in seiner Privatpraxis die gleichen vorzüglichen Erfolge erzielt, wie sie an der Würzburger syphilitischen Klinik erreicht wurden. Die örtliche Behandlung der Merkurialgeschwüre mit der von GERHARDT eingeführten Bromwasserstoffsäure neben der innerlichen mit Kali chloricum verdient wegen ihrer verhältnismäfsig geringen Schmerzhaftigkeit und der Raschheit ihrer Wirkung den Vorzug vor jeder bisherigen Behandlungsweise.

Wiesbaden. BOCKHART.

GERHARDT, **Alkalische Bleioxydlösung zur Behandlung der spitzen Kondylome**. (*Sitzungsberichte der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg.* 1883.)

Das von GERHARDT an der Würzburger syphilitischen Klinik zur Behandlung der spitzen Kondylome eingeführte „Plumbum causticum" (Lösung von 5 Tln. Bleioxyd in 7 Tln. Kalilauge) ist eines der besten Mittel zur raschen Beseitigung dieser oft so hartnäckigen Wucherungen. Das „Plumbum causticum" dringt nicht sehr in die Tiefe des Gewebes; es verwandelt nur die Stelle, die es eben trifft, in einen schwärzlichen Brei; wischt man denselben jedesmal weg und ätzt weiter, so kann man in einer Sitzung das Kondylom gründlich zerstören. Der Vorzug dieser Methode liegt darin, dafs man es in der Hand hat, die Ätzwirkung genauer zu lokalisieren, als bei den bisher üblichen Ätzmitteln (rauchende Salpetersäure etc.). Man kann die Ätzwirkung auf die einzelne Papille beschränken, die man entfernen will. Auf diese Weise ver-

hütet man jene an Stelle der Kondylome entstehenden Geschwüre, wie sie nach Ätzung mit rauchender Salpetersäure sich bilden. Da derartige Geschwürchen auf der Eichel, im Introitus vaginae und in der Vagina sehr lange Zeit zur Heilung nötig haben, wird man sich gerade an diesen Stellen mit dem grofsen Vorteil des GERHARDTschen Plumbum causticum zur Entfernung der spitzen Kondylome bedienen. Sehr grofse, umfangreiche Papillome werden natürlich auch von dieser Ätzmethode wenig beeinflufst und sind operativ zu entfernen.

Wiesbaden. BOCKHART.

GERHARDT, **Jodkali per rectum.** (*Sitzungsberichte der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg.* 1883.)

Jodkali kann mit demselben Erfolg wie per os auch per rectum gegeben werden; 7 Minuten nach der Einführung in den Mastdarm ist das Jodkali im Speichel nachzuweisen. Man kann bis 1,5 g Jodkali in 100 g Wasser gelöst in den Mastdarm einbringen, ohne Stuhlgang hervorzurufen. Diese Applikationsweise des Jodkali empfiehlt sich bei renitenten Patientinen und wenn die Aufnahme desselben in den Magen unthunlich ist. Bei einzelnen gummösen Formen hatte die Einführung des Jodkali per rectum auffallend günstigen Erfolg.

Wiesbaden. BOCKHART.

RINDFLEISCH, **Mykosis fungoides.** (*Deutsche medizin. Wochenschrift.* 1885. No. 15.)

Die Ätiologie der Mykosis fungoides (ALIBERT; Granuloma fungoides, AUSPITZ und NEISSER) war bisher rätselhaft. AUSPITZ reiht diese seltene Hautkrankheit in die Klasse der Hautgranulome ein, und NEISSER rubriziert sie im ZIEMSSENschen Lehrbuch wegen der Eigentümlichkeit ihrer Struktur und ihres Verlaufes unter die chronischen Infektionskrankheiten der Haut. Die französischen Dermatologen halten die Mykosis fungoides für den Effekt einer bestimmten konstitutionellen Krankheit u. z. einer Diathèse lymphadénique.

RINDFLEISCH hat nun Untersuchungen angestellt, die geeignet sind, den parasitären und konstitutionellen Charakter dieser Krankheit nachzuweisen. Bei der mikroskopischen Untersuchung der erkrankten Hautstellen eines zur Sektion gekommenen Falles von Mykosis fungoides fand RINDFLEISCH im Bereiche der Rundzelleninfiltrate die Kapillargefäfse in gröfserer oder geringerer Anzahl mehr oder minder komplet obturiert durch Kolonien eines zierlichen, Ketten bildenden Coccus, die sich so augenscheinlich als der Mittelpunkt der anatomischen Veränderungen erwiesen, dafs ein Zweifel über den ursächlichen Zusammenhang beider ausgeschlossen sei. Die GRAMsche Färbungsmethode[1] gab vorzügliche Bilder. Diese Kokken erfüllen entweder die Gefäfse vollständig, oder sie liegen in den Kapillaren, in denen es noch nicht zu einer gänzlichen Obturation gekommen ist, in Form von 5—20gliederigen und mit einem etwas dickeren und glänzenderen Coccus endigenden Perlschnüren der Gefäfswand innen an. In dieser Weise sind von Kokken erfüllt Kapillargefäfse des Papillarkörpers, der Cutis und des subkutanen Fettgewebes. Diese Kokken sind die Ursache des der Mykosis fungoides eigentümlichen Rundzelleninfiltrates der Cutis und des subkutanen Gewebes. Zwischen der Gröfse und Anzahl der die Kapillaren erfüllenden Pilzpfröpfe und der Mächtigkeit des Rundzelleninfiltrates besteht ein vollkommener Parallelismus: die grofsen und gröfsten Infiltrate, d. i. die in der Haut liegenden Knoten und die über das Niveau derselben hervorwuchernden pilzartigen Tumoren, enthalten die ausgebreitetsten Pilzpfröpfe, während die geringere, flächenhafte Infiltration des Subpapillarstratums

[1] Nach dem GRAMschen Verfahren werden Bakterienschnitte in einer Lösung von Gentianaviolett in Anilinwasser gefärbt und sodann in Jod-Jodkaliumlösung und Alkohol entfärbt. Nach dieser Methode erhält man eine isollerte Bakterienfärbung; sie hat jedoch den Nachteil, dafs sich bei ihrer Anwendung die Körner der Mastzellen in der Regel nicht ganz entfärben. Ref.

dem Umstande entspricht, dafs in etwa der Hälfte der Papillen des Papillarkörpers sich kleinere Pfröpfe vorfinden. Im Innern der gröfseren Knoten sind die meisten Gefäfse mit Pilzpfröpfchen versehen, so dafs es schwer ist zu sagen, wie sich neben dieser ausgebreiteten Verstopfung ein Teil der Zirkulation habe erhalten können. Nirgends fanden sich Kokken aufserhalb der Gefäfsbahn, auch nicht in den Lymphgefäfsen.

Die Entstehung der Rundzelleninfiltrate erklärt Rindfleisch folgendermafsen: Die Rundzellen, welche das von den Pilzen invadierte Gewebe mehr und mehr füllen und schliefslich zum knolligen Tumor auftreiben, sind selbstverständlich nicht aus den verstopften Gefäfsen ausgewandert, sondern kamen aus benachbarten Gefäfsen. Die Gefäfsverstopfung scheint aber einen gewissen Stillstand in der Bewegung der Ernährungsflüssigkeit herbeigeführt und damit ein Terrain geschaffen zu haben, in welchem sich die nicht blofs aus-, sondern auch einwanderungslustigen Zellen gesammelt und dergestalt angehäuft haben, dafs durch die Dichtigkeit der Anhäufung eine granulationsähnliche oder lymphomatöse Textur entstanden ist.

Die während des Bestehens der Krankheit häufig eintretende Involution der Knoten und ihr Verschwinden bis auf einen braunen Pigmentfleck erklärt Rindfleisch aus einer successiven, von aufsen nach innen fortschreitenden Wegspülung der Pilze aus den Kapillaren, nach deren Entfernung die Infiltration zurückgehe.

Von den übrigen Organen des Körpers boten noch das Rückenmark und die Lungen auffallende Veränderungen. Das frische Rückenmark war ziemlich stark erweicht; nach mehrmonatlicher Behandlung mit Müllerscher Flüssigkeit zeigte es sich, dafs die Hinterstränge, namentlich die Gollschen Keile, deutlich verändert waren; die letzteren zeigten statt der nach Chromsäurebehandlung gewöhnlichen bräunlichen Färbung in ihrer ganzen Ausdehnung eine weifsgelbe Farbe. Aufserdem war offenbar die Kittsubstanz des ganzen Markes erweicht. Die mikroskopischc Untersuchung ergab als Ursache dieser makroskopisch wahrnehmbaren Veränderungen einmal einen Austritt des Markstoffes aus der Scheide der Nervenfasern und Anhäufung desselben zwischen den letzteren. Die Nervenfasern waren dementsprechend ungleichmäfsig verschmälert und die Schwannsche Scheide zum Teil längsstreifig und faltig. Ferner erwies sich auch die bindegewebige Kittsubstanz der Nervenfasern aufgelöst: die Gefäfse fielen von selbst aus der leicht gelockerten Nervenfasermasse heraus. Mikrokokkenkolonien fanden sich nicht in den Kapillargefäfsen des Rückenmarkes. Als Ursache dieser Rückenmarksveränderung nimmt Rindfleisch die anhaltende zeitweise sehr heftige Erregung im Bereiche der Mykosis fungoides an, die zu einer allmählichen Überreizung des ganzen Rückenmarkes Veranlassung gegeben habe; der Austritt des Markstoffes aus den Nervenfasern sei die greifbare Folge dieser Überreizung.

In der Lunge fanden sich in der ganzen Ausdehnung derselben scharfumschriebene weifse Flecke von Mohnsamen- bis Hirsekorngröfse. Wo diese Flecke dicht standen, meist im Gebiete eines Lobulus, hatte sich lobuläre Pneumonie hinzugesellt. Die weifsen Flecke rührten von einer Verstopfung der Gefäfsbahn mit Mikrokokken her.

In der Leber waren einzelne Kapillaren mit Mikrokokken verstopft. Die Niere war von Kokken frei, doch waren die Epithelien der gewundenen Harnkanälchen fleckweise geschwollen.

Der Streptococcus der Mykosis fungoides, schliefst Rindfleisch, sei mithin ein Parasit, der auf unbekannte Weise in das Blut einzelner Personen gelangt und wesentlich innerhalb der Blutbahn verbleibt. Er siedelt sich zunächst an der Innenwand der Kapillargefäfse der Haut an und bildet Kolonien, von denen Teile fortwährend durch den Blutstrom weggeschwemmt und weiter verbreitet werden dürften. Die Kokken finden aber immer wieder in der Haut die für ihre Vegetation passendsten Verhältnisse, so dafs nach ein,

zwei Jahren die Krankheit wesentlich als Hautkrankheit erscheine. Erst später komme es zu einer dauernden Pilzinvasion in die Lunge, während Nerven- und Muskelsystem, sowie die grofsen Drüsen des Unterleibs bis zuletzt fast ganz pilzfrei bleiben.

Einen ansteckenden Charakter im gewöhnlichen Sinne des Wortes habe die Mykosis fungoides wohl nicht.

(Leider hat Rindfleisch unterlassen, eine Beschreibung der Gröfse und Form dieser Kokken und ihres Verhaltens gegen Farbstoffe zu geben, so dafs es vorderhand noch nicht möglich ist eine ganz klare Vorstellung von denselben zu gewinnen. Ref.)

Wiesbaden. Bockhart.

Ernst Remak (Berlin), **Zur Pathogenese des peripherische Facialisparalysen gelegentlich komplizierenden Herpes Zoster.** (*Centralblatt für Nervenheilkunde* etc. 1885. No. 7.)

In bezug auf die von Eulenburg (s. Ref. im Märzheft d. Bl.) zur Erklärung des die peripherischen Facialisparalysen gelegentlich komplizierenden Herpes Zoster aufgestellte Hypothese, dafs im Stamm des n. facialis trophische Nervenfasern verlaufen, deren Reizzustand den Zoster hervorrufe, bestreitet R., dafs der von Voigt mitgeteilte Fall diese Hypothese zu stützen geeignet sei. Namentlich die beobachtete Analgesie im Bereich des Zoster spreche dagegen, da sonst niemals Sensibilitätsstörungen des Gesichtes und des Halses auf Grund einer Erkrankung des Facialisstammes vorkämen. R. hält deshalb an der Erklärung fest, dafs es sich um neuritische Alterationen einerseits des n. facialis, anderseits benachbarter und anastomosierender sensibler resp. trophischer Nervenäste des dritten Trigeminusastes und der oberen Halsnerven, insbesondere des Occipit. magnus auf derselben refrigeratorischen Basis handle.

Zugleich teilt R. einen Fall von Zostereruption infolge von Erkrankung des Facialisstammes selbst mit.

Ein 26jähriger Dr. juris war an rechtsseitigen Ohrenschmerzen und darauf Gesichtslähmung erkrankt. 3 Tage später schiefsen am rechten Zungenrande in seinen vorderen zwei Dritteln schmerzhafte Bläschen auf, die sich am folgenden Tage noch vermehren und bis zum 9. Tage vollständig abheilen, ohne eine Sensibilitäts- oder Geschmacksstörung der betreffenden Zungenhälfte zu hinterlassen. Nirgends am Gesicht oder Hals Sensibilitätsstörung oder Herpeseruption.

Hier handelte es sich um eine typische, schwere, rheumatische Facialislähmung, deren Ausgang bei einer für Lähmung des m. stapedius sprechenden zeitweiligen Feinhörigkeit oberhalb des Abganges seines Nervenastes innerhalb des canalis Fallopii anzunehmen ist. Es fand sich aber, wie erwähnt nicht die bei dieser Lokalisation als Symptom der Chordabeteiligung sonst auftretende Geschmacksalteration der entsprechenden vorderen Zungenhälfte, sondern „gleichsam vikarierend dafür ... eine typische Zostereruption der betreffenden Zungenregion.“ R. fafst demnach „in diesem Falle den Zoster lingualis als eine eigentümliche Äufserung der neuritischen Beteiligung der Chorda tympani innerhalb ihres Verlaufes in der Bahn des Facialis“ auf.

Hamburg. Dehn.

Lang, Prof. Dr. Ad., Vorstand der syphilido-dermatologischen Klinik an der Universität Innsbruck, *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.* I. Hälfte. Mit Holzschnitten. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1884.

Publikationen von Hand- und Lehrbüchern der Syphilis in der sonst so reichen deutschen medizinischen Litteratur sind in den letzten Jahren verhältnis-

mäfsig selten geworden. Seit der neuen Auflage von Zeissls Lehrbuch, Bäumlers Monographie in Ziemssens Sammelwerke, und seit dem leider unvollendet gebliebenen Buche Kaposis erscheint nun nach langer Zeit wieder eine gröfsere Arbeit, welche uns schon des Autors wegen, dessen Name zu den besten unsrer Disziplin zählt, in hohem Grade gespannt machen mufs. Diese Erwartungen hat der Autor, sagen wir dies von vornherein — nicht getäuscht. Der erfahrene Fachmann und tüchtige Kliniker liefert uns ein vorzügliches Buch, das den Stempel der Originalität an der Stirn trägt. Der Autor wandelt nicht die breit getretenen Pfade eines eklektisch angelegten Lehrbuches, sondern er gibt in ungezwungener Weise uns gewissermafsen sein wissenschaftliches Glaubensbekenntnis als Dualist in dem bisher obschwebenden Kontagienstreite der Lehre von den syphilitischen Erkrankungen. Seine Gründe klar und konzis hinstellend, verteidigt er seine Meinung in einer Art und Weise, die sehr wohl mit den herrschenden Ansichten in der Kontagienlehre harmoniert, und wenn auch ab und zu einer der Leser nicht mit allen in dem Buche niedergelegten Ansichten einverstanden sein wird, so mufs er dennoch bei unparteiischem Urteile die originellen Anschauungen eines Mannes schätzen, welcher sich überall als Meister des Stoffes zeigt und in pathologisch-anatomischer und klinischer Seite jenen Ansprüchen vollkommen gerecht wird, welche man heutzutage an den Autor eines Lehrbuches und an einen Kliniker mit allem Recht stellen kann. Das Werk ist vorzüglich ausgestattet, und eine Reihe gelungener Abbildungen illustriert namentlich die differentiell-diagnostische Seite in treffender Weise. Es möge uns gestattet werden, ganz kurz auf einige Details einzugehen.

Vor allem müssen wir hervorheben, dafs die geschichtliche Seite des Buches in einer weit eingehenderen, besseren Art und Weise bearbeitet ist, als dies gewöhnlich bei Lehrbüchern der Fall zu sein pflegt. Es bekundet dieser Teil eine genaue Kenntnis und ein genaues Studium der Quellen, was man ja bekanntlich nicht von jedem der gangbaren Lehrbücher über Syphilis behaupten kann, und in aller Gedächtnis ist es wohl, dafs vor nicht gar zu langer Zeit der Träger eines renommierten Namens in unsrer Spezialwissenschaft sich eine schneidige Kritik seiner geschichtlichen Auseinandersetzungen gefallen lassen mufste, welche nicht zu seinem gunsten ausfiel. Es ist daher dieses Moment hier nicht hoch genug anzuschlagen. Besonders müssen wir dem Autor Dank wissen, dafs er sich in die Lehren der Vorgänger Filip. Ricords etwas tiefer einliefs und ihr Verhältnis zu den Ansichten Ricords in das richtige Licht setzte. Auch die Ansichten Ricords, die weitere Entwickelung der französischen und deutschen Dualitätslehre sind übersichtlich zusammengestellt; dasselbe gilt von den Ergebnissen der experimentellen Übertragungen jener Zeit.

In der dritten Vorlesung präzisiert nun L. seine Ansichten, wie sie teilweise aus der gegebenen historischen Darstellung, teilweise aus seinen Erfahrungen sich ergeben, dahin, dafs das weiche Geschwür nicht zur Syphilis führt, noch ein ausschliefslich syphilitisches Derivat ist, und dafs man daher zwischen weichen und syphilitischen Geschwüren streng zu unterscheiden habe.

Etwas unverständlich erscheint dem Ref. auf S. 46 die — wie es scheint — im Sinne Tarnowskys aufgestellte Ansicht vom venerischen purulenten Katarrh und seiner Entstehung aus Schleimhautkatarrh. Es wäre vielleicht hier der Klarheit der Sache dienlicher gewesen, den eigentlichen venerischen infizierenden Tripper besonders mit Rücksicht auf das ätiologische Moment der Gonokokken etwas näher zu präzisieren.

Eine sehr gute Beschreibung erfahren auf den folgenden Seiten die venerischen Helkosen, besonders mit Rücksicht auf ihre Entstehung.

Von S. 49 ab befafst sich Autor mit der historischen Pathogenie der Syphilis. Verfasser scheint zu der Ansicht hinzuneigen, dafs dieselbe von den Tieren auf Menschen übertragen wurde.

Die folgenden Seiten bringen eine lichtvolle Darstellung des Ganges der syphilitischen Erkrankung, von der Initial-Manifestation bis zu den konstitutionellen Formen. Besonders klar erscheinen die Erklärungen des Gumma. — Auf S. 62 erwähnt Verfasser die in der letzten Zeit vielfach besprochenen initialen Iritationsvorgänge als Symptome des Beginnes der konstitutionellen Erkrankung, verweist auf die Erfahrungen von Prof. Schnabel über Irritationszustände in dem Augenhintergrunde, sowie auf die Erfahrungen von Finger (welche jedoch Ref. auf Grundlage eines reichen Materials seiner Abteilung nicht zu bestätigen imstande ist).

Was die Ansichten über die Entität des syphilitischen Kontagiums anbelangt, so spricht Verfasser auf S. 64 seine Überzeugung dahin aus, dafs es sich um ein organisches Kontagium handle, was er aus der Art und Weise der Ausbreitung, aus den Erscheinungen etc. deduziert.

Weitere Erörterungen sind der Syphilis maligna, dann besonders der Reinfektion gewidmet, welche letzteren sehr erschöpfend den heutigen Standpunkt dieser Lehre klarstellen.

Auf S. 79 beginnt der spezielle Teil, welchem der Verfasser eine kurze Übersicht über die Histologie der syphilitischen Neubildungen vorausschickt. Das Verhältnis der Veränderungen der Gefäfse und zum Rundzelleninfiltrate ist ganz entsprechend geschildert, wir vermifsten blofs einen Hinweis auf die namentlich bei langer Dauer häufig hinzutretende hyaline Degeneration der Gefäfswand.

Mit Freuden müssen wir es ferner begrüfsen, dafs der Verfasser bei Besprechung des urethralen Schankers auch auf das urethroskopische Bild ein Gewicht legt. Es ist dies um so erfreulicher, als ja noch vor nicht langer Zeit, und zwar bei Gelegenheit des Kopenhagener Kongresses, von mancher Seite Zweifel über den Wert der Endoskopie auftauchten.

Die folgenden Blätter liefern eine treffliche Charakteristik das Unterschiedes zwischen venerischen und syphilitischen Geschwüren, um weiter dann zu den initialen Erscheinungen der Syphilis überzugehen. Verfasser widmet eine eingehende Betrachtung dem syphilitischen Fieber, wobei Ref. blofs einen Hinweis auf die sogenannten sekundären Fieber, welche im Verlaufe von erneuten Ausbrüchen syphilitischer Recidive denselben vorausgehen, vermifst.

Im weiteren Verlaufe werden die Hautsyphilide geschildert, sowie diejenigen Erkrankungen, welche parallel zu laufen pflegen.

Auf S. 131 bei den Komplikationen der konstitutionellen Initialsymptome hätte Rechners Arbeit über die im frühen Stadium der Syphilis sich einstellenden Gehirnhämorrhagien eine Erwähnung verdient.

Mehr eklektisch behandelt Lang die Lehre von der Pigmentsyphilis. Diese strittige Frage hat bekanntlich durch die neueren Arbeiten Neissers über das Leukoderma syphiliticum eine andre Gestalt angenommen, obzwar es sich nach den Erfahrungen des Ref. denn doch nicht bestreiten läfst, dafs in seltenen Fällen eine wahre Pigmentsyphilis existiert.

Mit vollem Rechte wendet sich Lang gegen die Unterscheidung einer Acne, Rupia, Varicella syphilitica.

Im weiteren Verfolge bespricht Verfasser das Gumma, die gummösen Hautsyphide und widmet schliefslich der Mastitis syphilitica auf Grundlage des eignen Materials eine eingehende Betrachtung.

Dies wäre, in kürze skizziert, der Inhalt des Buches, welches in uns die Hoffnung rege macht, dafs Verfasser bald die versprochene II. Hälfte publizieren möge. Es wird dadurch unsre Fachlitteratur um ein Werk bereichert, welches, auf modernem Standpunkte stehend, sämtliche älteren und neueren Erfahrungen zusammenfafst und sowohl dem Arzte als auch dem Studierenden eine lichtvolle Darstellung unsrer Spezialdisziplin bietet.

Prag. Janowsky.

WALDEYER und GRIMM. *Atlas der menschlichen und tierischen Haare, sowie der ähnlichen Fasergebilde.* Lahr, SCHAUENBURG. 1884.

Die Lehre von den Haaren hat durch den im vorigen Jahre von dem Photographen GRIMM in Offenburg herausgegebenen *Atlas der menschlichen und tierischen Haare* einen bedeutungsvollen Zuwachs erhalten, da Professor WALDEYER sich der grofsen Mühe unterzog, den reichhaltigen Atlas mit einem erklärenden Texte zu versehen. Wurde der Atlas auch zunächst für die Bedürfnisse der Landwirtschaft, Technik und gerichtlichen Medizin geschaffen, so konnte doch erwartet werden, dafs auch die Anatomie und Ethnologie Nutzen aus einem solchen Unternehmen ziehen werde. Diese Erwartung ist Dank der Mitarbeit WALDEYERS weit übertroffen worden. Ist schon jede gelegentliche Kundgabe eines solchen Forschers, wie WALDEYER, über einzelne Punkte des betreffenden Gebietes an sich von hohem Werte, so resultiert aus der umsichtigen und musterhaft klaren Disposition des ganzen riesigen Materials von Einzelangaben ein genereller Fortschritt in der Gesamtlehre vom Haare, den auch wir vom anatomischen Standpunkte mit Freude begrüfsen. Auch ein jeder Dermatologe sollte von dieser fundamentalen Arbeit Kenntnis nehmen. Wir wollen uns im folgenden bemühen, die für unsre Spezialität wichtigsten Punkte hervorzuheben, ohne dabei andern interessanten Mitteilungen WALDEYERS aus dem Wege zu gehen.

In der Frage: wo liegt die Luft des Haarmarks? unterscheidet W. zunächst eine intercelluläre und intracelluläre Lage. Erstere kommt allen Haaren im Beginne zu und ist bei den meisten auch dem reifen Haare allein eigentümlich. Bei Gemsen, Hirschen, Rehen und Steinböcken dringt aber die Luft später auch in die blasig aufgetriebenen Markzellen ein, die dadurch zu „Luftzellen" werden. Nach dem Marke geordnet, bilden diese Haare deshalb eine Gruppe für sich. Die Haare mit intercellulärem Luftgehalt des Marks trennt W. in 4 Unterabteilungen.

1. Haare mit feinkörnigem Mark haben sehr kleine intercelluläre Luftspalten, die mikroskopisch sich wie dunkle Strichelchen und Pünktchen ausnehmen (Wolf).

2. Haare mit grobkörnigem Mark haben gröfsere interspinale Lufträume, die aber noch nicht deutlich als solche zu erkennen sind (Dachs).

3. Haare mit maschigem (oder netzförmigem) Mark sind solche, in denen die interspinalen Lufträume deutlich als Kanäle erkennbar sind. Hier unterscheidet W. weiter: regelmäfsig netzförmiges (Wiesel, Hamster) und unregelmäfsig netzförmiges (Fuchs, Fischotter) Mark, je nach der Regelmäfsigkeit der Zeichnung, und feinmaschiges (weifse Ratte, Hamster) und grob- oder breitmaschiges Mark (Igel, Fuchs, Fischotter), wenn die Luftspalten sich zu mehr oder weniger weiten Lufträumen ausdehnen, wodurch das Mark mehr „maschig" als netzförmig gezeichnet erscheint.

4. Haare mit wechselspaltigem Mark nennt W. diejenigen, bei denen Luftspalten und Markzellen etwa gleich grofs sind und regelmäfsig alternieren. Diese Form, die vom Kaninchenhaar allgemein bekannt ist, kommt bei Ratten und Mäusen sehr schön vor, nach Art der Leitersprossen oder Perlschnüre; auch beim Faultier als knolliger Strang. Diese „wechselspaltigen" Haare bieten in einer Beziehung offenbar physiologische Vorbilder, deren Studium für das Verständnis der pathologischen Menschenhaare wichtig werden kann, bei denen in alternierender Weise lufthaltige mit nicht lufthaltigen Partien abwechseln. Ebenso eignet sich für das genauere Studium der am menschlichen Barthaare vorkommenden mehrfachen Markcylinder das Lamahaar.

Die Markzellen sind nach W. gewöhnliche Stachelzellen, die in ihrem jugendlichen Zustande Keratohyalin enthalten, welches bei ihrer Verhornung wie sonst ja auch schwindet. Die bisher nicht richtig beschriebene Form der reifen Markzellen stellt W. dahin fest, dafs bei intracellulärem Luftgehalt die Zellen aufgebläht und durch gegenseitigen Druck abgeplattet, polyedrisch sind,

während bei blofs intercellulärem Luftgehalt die Markzellen zu unregelmäfsig vieleckigen Körperchen einschrumpfen. Fett ist nie in ihnen enthalten, wohl aber häufig Pigment.[1]

Der fibrilläre Bau der Rindenzellen, der bekanntlich von W. entdeckt wurde, ist am leichtesten nachweisbar beim Aufweichen der Haare in Ammoniak und Zerzupfen der Haarwurzelrinde. Die Existenz der Stacheln und der Zusammenhang der Fibrillen verschiedener Rindenzellen durch die Stacheln ist mittels Pepsinverdauung deutlich zu machen. Die bezüglichen Angaben W.s harmonieren vollkommen mit den neuen Anschauungen Ranviers über den fibrillären Bau aller Oberhautzellen.

Das Pigment der Rindenzellen liegt nach W. in den Zellen selbst, während Ref. (auch Mähly) angegeben hatte, dafs gerade die jüngsten Haarrindenzellen in Pigmentscheiden stecken (s. m. Fig. in meiner Arbeit in Waldeyers *Archiv.* Bd. XII).[2] Hier müssen auf einer Seite in der That mikroptische Täuschungen vorliegen; der Ausgleich, den Riehl neuerdings versuchte (siehe *Vierteljahrschr. f. Derm.* 1884. S. 33), wonach beide Teile zum Teil Recht hätten, erklärt diese sonderbare Differenz noch nicht vollständig. Neue Untersuchungen sind durchaus vonnöten.

Merkwürdig weit abstehende Kutikularspiralen zeigen die Haare der Fledermäuse und Maulwürfe. Sollte dieses Zusammentreffen ein zufälliges sein und nicht vielmehr darauf hinweisen, dafs die weit abstehenden Oberhautschüppchen zur Verfeinerung der Tastwahrnehmungen dienen?

Als „Binnenzellenschicht" der äufseren Wurzelscheide hebt W. den innersten Zellencylinder derselben hervor, den Ref. zuerst als „neutrale" Lage zwischen innerer und äufserer Wurzelscheide gekennzeichnet hatte. Auch die Angabe Renauts von dem Vorkommen sternförmig auslaufender, netzförmig zusammenhängender Epithelzellen in der Stachelschicht des Haarbalgs wird von W. bestätigt.

W. hält dafür, dafs auch nach der Geburt noch ganz neue Haarbälge entstehen. Gegen Goette und Reisner betont er die rein epidermoidale Natur der ersten Haaranlagen. Die Ausdrücke: Vollwurzel, Hohlwurzel, primitiver Haarkegel des Ref. werden von W. acceptiert. Ebenso dessen Erklärung, dafs die hin und wieder beim Neugeborenen vorkommende längere Haartracht auf der Verspätung eines normalerweise intrauterin vorkommenden Haarwechsels der Kopfhaut beruht. Der „Beethaar"-Theorie steht W. bisher noch durchaus reserviert gegenüber, wenn auch nicht gerade ablehnend. Auffallend erscheint, dafs der einschlägigen Beobachtungen Schulins keine Erwähnung geschieht.

Bei Erklärung der Haarfarbe legt W. mit Recht aufser auf das Pigment und den Luftgehalt auch Wert auf die geringere und gröfsere Unebenheit der Oberfläche, wenigstens bei Tieren. Beim Menschenhaar, wo die Cuticula dicht anliegt, kommt dieser Faktor weniger in Betracht.

Dafs das Frauenhaar im allgemeinen einen etwas dickeren Querschnitt besitzt als das Männerhaar, kann W. nach eignen Messungen bestätigen. Das sog. Afterhaar, welches den Frauen fehlen soll, fand er hingegen bei jugendlichen weiblichen Leichen mehrmals.

Nirgends empfinden wir die ordnende Hand W.s dankbarer als in dem ethnographischen Teile der Haarkunde, da auf diesem Gebiete bis jetzt die äufserste Willkür herrschte. W. schlägt für zukünftige, ethnologische Schilderungen folgende Bezeichung der Haare vor: 1. schlicht, 2. wellig, 3. wollig, 4. gekräuselt, 5. kraus, 6. lockig, 7. gleichmäfsig, 8. büschelförmig, 9. dicht, 10. spärlich.

Im „schlichten" Haarwuchs verläuft jedes Haar völlig gerade wie im Schweif der Pferde. Im „welligen" zeigen die einzelnen Haare Wellenbiegungen,

---

[1] Ranvier, *Compt. rend.* T. 95. pag. 1374.

[2] Für die älteren Zellen der Haarrinde gibt W. ein eventuelles Hineingelangen des Pigments zwischen die Zellen zu.

die in einer Ebene liegen, und verlaufen völlig gesondert. Das „wollige“ Haar ist bis jetzt noch nicht mit Sicherheit konstatiert, da die Schafwolle nach den übereinstimmenden Untersuchungen von Nathusius, Goette und Waldeyer nicht blofs ein in hohem Grade welliges ist, sondern hauptsächlich durch die Verfilzung einer Haargruppe zu einem gewellten „Strähnchen“ und die Verfilzung der Strähnchen zu einem „Stapel“ charakterisiert wird, so dafs die Gesamtheit der Stapel als zusammenhängendes wolliges Fliefs sich abscheeren läfst. Die Neger tragen keine Wolle sondern „krauses“ Haar. Im „gekräuselten“ und „krausen“ Haarwuchs beschreibt das Einzelhaar keine Wellenbiegung, sondern weite oder enge Spiralen. Bei diesem spiraligen Haar kann durch Bildung von Strähnchen und noch gröbere Verfilzung eine oberflächliche Ähnlichkeit mit echter Wolle erzeugt werden. Nicht eine eigentliche Grundform stellt das „lockige“ Haar da, W. möchte den Ausdruck aber als sehr bezeichnend beibehalten. Besonders bei den blondhaarigen Nordländern und bei längerem feinen Haar verschmelzen gröfsere Haargruppen an ihrem distalen Ende mittels gleichmäfsiger Windungen zu den sogenannten Locken. „Gleichmäfsig“ ist eigentlich nur das Körperhaar und Barthaar. Das Kopfhaar steht normalerweise in Büscheln, Haarkreisen (Pincus). Was demnach ethnologisch unter „büschelförmigem“ Haupthaar zu verstehen sei, ist trotz des häufigen Gebrauches dieses Ausdrucks noch nicht ganz klar. Nach den einzigen, genauen Angaben von Goette und Krause scheinen die Büschel der Buschmänner, Neger etc. dadurch hervorgerufen zu werden, dafs bei starker welliger Biegung und spiraliger Kräuselung die elementaren Haargruppen noch zu Gruppen höherer Ordnung dicht zusammentreten, die hinwieder durch freiere Räume geschieden sind.

Die von Pruner-Bey aufgestellte Beziehung des Querschnitts zur Krümmung des Haares erkennt W. ebensowenig wie Goette, v. Nathusius und Fritsch als konstant und absolut ausschlaggebend an, wenn auch nicht zu leugnen sei, dafs starke Abplattung häufig mit spiraliger Kräuselung zusammenfällt. W. schliefst sich v. Nathusius an, welcher zuerst betonte, dafs in der präformierten Form des Haarbalgs eine der wesentlichen Ursachen der Haarform zu suchen sei. In dieser Beziehung kennen wir wenig mehr als die mehrfach bestätigte Angabe Goettes, dafs die Haarwurzeln der Negerköpfe bogenförmig die Cutis durchsetzen und am Ende hakenförmig gekrümmt sind.

Bei Besprechung der Haarfarbe werden die Resultate der von Virchow angeregten Untersuchung der deutschen Schulkinder eingehend berücksichtigt und zum Schlufs der mühevoll zusammengetragenen ethnologischen Daten folgt noch eine ausführliche Tabelle, gleichsam ein Muster für zukünftige Haarbeschreibungen, welche W. allzubescheiden als einen blofsen Versuch betrachtet.

In der Frage der Hypertrichosis (Haarmenschen) entscheidet sich W. dafür, dafs wohl das fötale Haar, wie gewöhnlich, ausgefallen sei, aber in abnormer Weise auch an Körperstellen, wo das sonst nicht zu geschehen pflegt, durch stärkeres Haar ersetzt worden sei. Da Ref. die entgegengesetzte Ansicht auf Grund einer Untersuchung der russischen Haarmenschen (Vater und Sohn) im Jahre 1875 geäufsert hat, sei es gestattet, diese Ansicht hier skizzenhaft zu begründen, da so leicht eine neue Gelegenheit zu eingehenderer Untersuchung sich nicht finden dürfte. - Die Virchowsche Ansicht, der sich W. zuneigt, ist ja die naheliegendste; sie hat aber doch nichts weiter für sich als die einzige Analogie des Pubertätshaarwechsels. Auf der andern Seite sprachen mir für die Auffassung, dafs bei den Haarmenschen eben nur jeder Haarwechsel unterblieben sei (Hemmungsbildung), folgende Punkte:

1. Ich fand die Haare bei dem Sohne fein, aber auch nicht viel stärker bei dem Vater, was bei diesem jedem Beschauer auffallen mufste. Sie machten ganz den Eindruck sehr langer, weicher Flaumhaare (Säuglingshaare). Bei einem späteren Nachwachsen gewechselter Embryonalhaare pflegt aber der Nachwuchs dicker und steifer zu werden.

2. Der Übergang von den Gesichtshaaren zu denen der Kopfschwarte — und so überall von den abnorm zu den normal langen — war ein ganz allmählicher, unkenntlicher, genau wie beim Embryonalhaar, und sehr verschieden von den scharfen Grenzen späterer Wechselhaare.

3. Vorzugsweise lang und dicht war das Gesicht behaart, relativ mehr als der ganze übrige Körper. Diese Bevorzugung entspricht den Verhältnissen des ersten Embryonalhaares. Nach einem allgemeinen Ausfall post partum wäre eher zu erwarten gewesen, dafs die Körperhaare beträchtlich lang und dicht und das Gesicht nur mäfsig behaart sich zeigen würden, etwa so, wie es die Fälle übermäfsig starker, einfacher Behaarung, die ja nicht so selten vorkommen, stets aufweisen. In dieser Beziehung war es besonders schlagend, die Länge des Augenbrauen-, Stirn- und Nasenhaares mit dem relativ kurzen Unterkieferbarte zu vergleichen. Die sog. Haarmenschen unterscheiden sich in dieser verschiedenen topographischen Anordnung ganz wesentlich von den gewöhnlichen übermäfsig stark behaarten Menschen. Wenn letztere das normale, postembryonale Haarkleid, so zeigen erstere das normale, embryonale in kolossal vergröfsertem Mafsstabe.

4. Mir scheint das fast regelmäfsige Vorkommen anderweitiger Hemmungsbildungen, wie Zahn- und Wirbeldefekte, ganz evident für meine Anschauung zu sprechen.

5. Virchow und Waldeyer haben beide je einen höchst interessanten Fall mitgeteilt, in welchem entsprechend der Gegend einer Hypertrichosis partialis ein Wirbeldefekt (Spina bifida) bestand. Diesen Zusammenhang kann ich mir nur als eine regionäre, Haut und Wirbel zugleich betreffende Hemmungsbildung vorstellen.

Am meisten Wert lege ich auf die Punkte 3—5; sie scheinen mir mit der Virchowschen Ansicht weniger gut vereinbar. Übrigens konnte ich auch anamnestisch nichts, was auf einen Gesamthaarwechsel Bezug hatte, bei den Haarmenschen eruieren. Die Virchow-Waldeyerschen Fälle fordern übrigens entschieden dazu auf, alle Fälle von partieller Hypertrichosis auf nebenhergehende tiefere Defekte zu untersuchen. Sollten zukünftige Studien ergeben, dafs die fötalen Haarrichtungslinien sich an bestimmten Orten später gesetzmäfsig ändern, so wären damit neue Kriterien für die Beurteilung gegeben. Vor allem wichtig wäre aber die ärztliche Beaufsichtigung der ersten Lebenszeit eines Haarmenschen. —

Aus der nun folgenden, populär gehaltenen, kurzen Übersicht der Haarkrankheiten heben wir einen sehr interessanten, von W. anmerkungsweise mitgeteilten Fall einer elsässischen Familie hervor, in welcher Haarlosigkeit durch drei Generationen erblich war (S. 114). Im übrigen ist zu bemerken, dafs die von Osorio und Malcolm Morris beschriebene Piedra keineswegs identisch mit Trichorrhexis nodosa ist (s. Jackson, *Journ. of cut. und vener. diseases.* 1884. pag. 265). Auch hat es uns frappiert, dafs W., ohne Gründe anzugeben, von der Schwärze des Komedonenkopfes sagt: „sicherlich rührt diese zum Teil von anhaftendem Staube her“ (S. 123). Gerade in diesem einem gröfseren Publikum unterbreitetem Atlasse wäre die beste Gelegenheit gewesen, jenen alten, in die Wissenschaft eingeschmuggelten Aberglauben zu bekämpfen oder zu beweisen, dafs die durch Säuren und H_2O_2 zerstörbare Schwärze doch und immer wieder doch Staub sei. (Vergl. damit S. 107, wo die Erkennung des Staubes an den Haaren sehr gut erörtert wird.) Reich ist dieses Kapitel wieder — und daher auch dem Dermatologen interessant — an selteneren Litteraturangaben, besonders bei den tierischen Haarparasiten.

Eines der wertvollsten Kapitel bildet die forensische Untersuchung der Haare. Hier besafsen wir bereits eine sehr sorgtältige Abhandlung von Oesterlen und eine ältere, weniger verläfsliche von Pfaff. Es wäre aber jedem Gerichtsarzt zu raten, vorkommenden Falles die Waldeyersche Arbeit neben der von Oesterlen zu Rate zu ziehen, besonders da erstere mit gröfster Exaktheit

überall die Grenzen angibt, bis zu welchen anatomische Differenzen für forensische Zwecke verwertbar sind, und gewifs mit Recht (besonders gegen Pfaff) vor zu weitgehenden, positiven Schlüssen warnt. Auf die Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, nur wollen wir erwähnen, dafs W. in den drüsigen Auftreibungen der Achsel- und Schamhaare, welche Oesterlen und Pfaff für Produkte der Schweifsmaceration hielten, nichts als oberflächliche und subkutikulare Mikrokokkenkolonien sieht.

In dem letzten Hauptabschnitt, der Untersuchung technisch und industriell wichtiger Haare, also hauptsächlich der Wolle, folgt W., wie ja zu erwarten war, dem ausgezeichneten Buche von Nathusius. Auch in theoretischer Beziehung bestätigen W.s Forschungen dieses ältere Werk fast durchgehends. Hoffentlich wird mancher Leser des Atlasses durch dieses Kapitel angeregt, auch wenn er sich nicht speziell für die Wolle interessiert, die für die Kenntnis der Hornsubstanz so wichtigen Untersuchungen von Nathusius im Original nachzulesen. Hinwieder ist in diesem Kapitel die Kunst zu bewundern, mit welcher W. aus den mühsamen und nicht immer leicht verständlichen Auseinandersetzungen jenes grofsen Wollkenners den Kern herauszuschälen und in gedrängtester Kürze und packender Klarheit wiederzugeben weifs.

Nach kurzer Berücksichtigung einiger haarähnlicher Fasergebilde, die zu Verwechselung Anlafs geben können, schliefst der reiche Inhalt ab mit einer ausführlichen Tafelerklärung, auf die wir ganz besonders aufmerksam machen, da viele wertvolle Details erst an diesem Orte mitgeteilt werden.

Unna.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland und Österreich.

Aus Prof. Langs Klinik in Innsbruck teilt A. v. Avanzini Beobachtungen mit, welche er über das **Verhalten der Milz bei frischen Syphilisfällen** angestellt hat. Unter 30 Fällen konnte 8 mal das Vorhandensein, resp. Auftreten eines Milztumors positiv nachgewiesen werden. In vier Fällen war nach der Anamnese Intermittens vorausgegangen, dieselben waren daher nicht weiter zu verwerten; in einem Falle ging der möglicherweise gleichfalls durch Intermittens bedingte Milztumor unter Inunktionskur zurück. In drei Fällen wurde ein akut auftretender Milztumor gleichzeitig mit oder kurz vor Auftreten des Syphilides beobachtet. In einem derselben wurde überhaupt keine Therapie eingeleitet, in den beiden andern hatte dieselbe keinen Einfluſs auf die Rückbildung des Milztumors. Avanzini bemerkt, dafs es einstweilen nicht zulässig sei, an diese Thatsachen Reflexionen zu knüpfen, und wir schliefsen uns dem völlig an. (*Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis.* 1884. Heft 3 u. 4. S. 379.)

Gerhardt bespricht die neueren Erfahrungen über **Zoster** und konnte an drei Fällen die von Curschmann und Eisenlohr in zwei Fällen beobachtete Entstehung von mehrfachen akut-perineuritischen Knötchen an den betreffenden Nervenästchen nach Heilung des Zosters bestätigen. Seit mehreren Jahren wurden an Gerhardts Klinik Zosterfälle auf sensible Entartungsreaktion untersucht. Die Resultate waren, wie zu erwarten, sehr verschieden. Für eine sehr ungleiche Beteiligung sensibler Fasern spricht nicht nur a priori die verschiedene Lokalisation der Ursachen, sondern auch die auffällige Ungleichheit in dem Mafse der Sensibilitätsstörungen. An fünf mitgeteilten Fällen konnte jedoch deutliche sensible Entartungsreaktion nachgewiesen werden. Aus diesem Befunde ist eine Bestätigung des neuritischen Ursprungs vieler Zosterformen zu entnehmen. (*Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph.* 1884. Heft 3 u. 4. S. 347.)

In einem in Königsberg gehaltenen Vortrage betont Caspary, unter Anerkennung der Verdienste Hebras um die Fixierung des klinischen Krankheitsbildes der **Prurigo**, dafs die von der Wiener Schule dekretierte schlechte Prognose keineswegs in dem Wesen der Dermatose liegt. Unter dauernder vielmonatlicher Behandlung, die im ganzen diejenige Hebras ist und immer in Lokalmitteln besteht ist die Krankheit nicht nur in den ersten Lebensjahren, sondern auch in veralteten Fällen heilbar (?). Einige Fälle hat Caspary auch spontan ablaufen sehen. Wichtig erscheint mir der mikroskopische Befund, welchen Caspary auf Grund seiner Untersuchungen von frischen Prurigoknötchen an ganz jungen Kindern mitteilt, bei denen die Knötchen ganz isoliert auf anscheinend gesunder, noch nicht verdickter, unveränderter Haut aufsafsen; es fand sich nur Zellvermehrung in dem Stratum spinosum, ein reines Akanthom im Sinne Auspitzs, eine Hyperakanthose, während Hornschicht und Papillen, Blutgefäfse, Drüsen und Muskelbündel durchweg unverändert waren und Abweichungen der Nervenendigungen von der Norm nicht nachgewiesen werden konnten. Auf Grund dieses Befundes polemisiert Caspary gegen die in neuerer Zeit von Auspitz, H. von Hebra und Riehl unternommenen Versuche, das Krankheitsbild der Prurigo ätiologisch zu deuten; die klassische Schilderung Hebras sei heute noch fast allgemein gültig. Untersuchungen der peripheren und zentralen Nerven seien wünschenswert. (*Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph.* 1884. Heft 3 u. 4. S. 341.)

v. Watraszewski hat 70 syphilitisch erkrankte Individuen nach der von Smirnoff empfohlenen Methode vermittelst **subkutaner Kalomelinjektionen** behandelt. Alle waren mit ausgesprochenen recent syphilitischen Symptomen in Behandlung getreten. 30 wurden im Hospitale, 40 ambulant behandelt. Als Injektionspräparat wurde die von Scarenzio empfohlene Kalomelsuspension in Gummilösung benutzt: (Gummi arab. pur. 0,5, Calomelan. 1,0, Aq. dest. 10,0). Injektionsterrain Glutäalgegend. Zu Beginn der Behandlung wurden 2 Injektionen gemacht. Nach zwei bis drei Wochen wurde die kleine Operation wiederholt. Da sich häufig Speichelflufs entwickelte, wurde später nicht mehr als 0,1 Kalomel auf einmal in Zwischenräumen von 7—15 Tagen injiziert. Die Resultate waren aufserordentlich befriedigend. In der Regel genügten 3 Injektionen, um die manifesten Sekundärerscheinungen rückgängig zu machen. Ein einziges Mal (Ekthyma mit Iritis) waren 5 Injektionen erforderlich. Die gefürchteten Abscesse traten bei 257 Injektionen nur 4 mal auf (2 bei Frauen, 1 bei einem Mann) und wurden leicht zur Heilung gebracht. Die Injektion selbst ist schmerzlos. Einige Tage später traten jedoch mehrere Tage andauernde Schmerzen an der Injektionsstelle auf, die indes nie so heftig sind, dafs sie den Kranken am Schlafe oder im Berufe stören würden. Die Methode kann, wie sich Ref. persönlich an einem grofsen Materiale (Breslau) überzeugen konnte sehr warm empfohlen werden. Auch tertiär luetische Symptome will Watraszewski mit günstigem Erfolge in derselben Weise behandelt haben. (Unter gleichzeitigem Jodkaligebrauch?) Ein Einflufs auf die Häufigkeit der Recidive erscheint nicht wahrscheinlich; um sich mit Sicherheit darüber auszusprechen, wäre eine längere Beobachtung notwendig. (*Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph.* 1884. Heft 3 u. 4. S. 393.)

München. Kopp.

England.

Frank Shearar (*Glasgow Med. Journ.* Febr. 1885) schildert mit Abbildung eine Hautkrankheit, die aufserordentlich interessant ist, deren Auffassung aber eine gewisse Kritik gestattet. Ein schwächlicher Knabe von 13 Jahren, der fast immer gesund war, hatte seit 18 Monaten eine Hautkrankheit an der hinteren Seite des linken Beines. Von der Glutäalgegend bis zur Hacke erstreckte sich bandartig ein deutlich charakterisiertes Ekzem.

Während der Beobachtung entstand an der rechten Glutäalgegend ein Herpes zoster. Da der Patient behauptete, die Erkrankung des linken Beines hätte ebenso begonnen, so nimmt Sh. an, dafs ein Zoster auch dort die ursprüngliche Affektion war. Er gesteht aber zu, dafs auch Ekzem von vornherein einem Nervengebiet entsprechend auftreten kann; dies sind jedoch seltene Fälle. Nach des Verf. Ansicht ist das Bemerkenswerteste an der Erkrankung, dafs eine Affektion eines Nervenstammes (hier der n. ischiadicus) sich direkt durch das subkutane Gewebe den Nervenendigungen in der Haut mitteilt. — (Man könnte einfacher eine zentral gelegene Nervenerkrankung annehmen, die sich ja durchaus nicht in dem ganzen Verbreitungsgebiet der betreffenden Nerven als Hauterkrankung kundzugeben braucht. Ref.)

Altona. APPEL.

SPENDER berichtet kurz über einen nicht mit Icterus komplizierten Fall von **Xanthoma multiplex** (*Brit. med. Journ.* 1885. 7. März), der durch eine periodische Gelbfärbung bestimmter Bezirke an Händen und Füfsen bemerkenswert ist, die unter besondern sensiblen Symptomen auftreten.

In einem Falle von **Myxödem** (*Brit. med. Journ.* 1885. 28. Febr.) hat MILLER von dem innerlichen Gebrauch des verdünnten Liq. ammoniae acetatis befriedigenden Erfolg gesehen.

THIN gibt im *Brit. med. journal.* (1884. 20. Dez. u. 1885. 28. Febr.) eine kurze Übersicht der **neueren Errungenschaften der Dermatotherapie,** aus welcher wir einige seiner eignen Erfahrungen hervorheben. Wie BROCQ in Frankreich äufsert THIN starke Bedenken gegen die Krotonöltherapie des Herpes tonsurans, die, obgleich sehr sicher, doch hin und wieder und so auch in zweien seiner Fälle bleibend kahle Stellen erzeugt. Auf UNNAS Erfahrungen über die rein äufserliche Heilung des Lichen hin heilte THIN einen Fall von Lichen planus der Glans penis, nachdem Arsenik wegen Dyspepsie ausgesetzt werden mufste, allein durch Einreibungen mit Kaliseife und weifser Präzipitatsalbe.

SINCLAIR HOLDEN behandelte ein rasch wachsendes **Epitheliom** der linken Hand, indem er nach dem Abkratzen der oberen Schichten eine Viertelstunde auf die blutende Fläche eine 4%ige Kokainlösung applizierte. Die darauf folgende Applikation einer Arsenikpaste erzeugte 6 Stunden lang keinen und 6 weitere Stunden keinen erheblichen Schmerz. Die Neubildung stiefs sich unter warmem Verband in drei Tagen ab. (*Brit. med. Journ.* 1885. 21. Febr.)

HUTCHINSON teilt einen Fall von radikal durch **innere Gaben von Arsenik geheilten Lupus erythematosus** mit. Nachdem derselbe unter einem schwachen Waschwasser von Teer und Blei neben kleinen Arsenikdosen sich verschlimmert hatte, brachten grofse Dosen von Arsenik ohne äufserliche Behandlung in 15 Monaten komplete Heilung herbei, ein Resultat, das nach HUTCHINSON überhaupt selten ist, wie er auch aus diesem einen Fall nicht auf den allgemeinen Nutzen des Arseniks bei Lupus erythematosus geschlossen haben will. Bei dieser Gelegenheit betont H. wieder eine Beziehung dieses Leidens zur Psoriasis. (?) (*Brit. med. Journ.* 1885. 14. März.)

FOULIS empfiehlt folgende einfache **Behandlung des Herpes tonsurans** (*Brit. med. Journ.* 1885. 14. März): Nachdem die Haare um die befallenen Stellen oder, wo diese zahlreich, der ganze Kopf kurz geschoren sind, und um Stirn und Nacken ein Schutztuch gewunden ist, wird Terpentinöl reichlich auf ein paar Stellen zur Zeit gegossen und mit dem Finger verrieben. Sowie — nach etwa 3 Minuten — Schmerz verspürt wird, werden die Stellen mit Karbolseife eingeschäumt und mit vielem warmen Wasser abgewaschen, wodurch der Schmerz aufhört, und die kranken Stellen rein und für die nun folgende

2—3 mal hintereinander aufzupinselnde Jodtinktur vorbereitet werden. Diese Prozedur, jeden Tag 1—2 mal wiederholt, soll nach FOULIS' fünfjährigen Erfahrungen auch die schlimmsten Fälle in einer Woche zur Heilung bringen. Statt der Jodtinktur ist auch zweckmäfsig eine 2 %ige Lösung von Jod in Terpentinöl angewandt. UNNA.

Frankreich.

In einem kurzen Artikel über **Lupus und Lupusbehandlung** weist BESNIER darauf hin, dafs der klinische Begriff Lupus heute wohl als ein allgemein feststehender betrachtet werden kann, wenngleich in seltenen Ausnahmefällen Verwechselungen mit Lues nicht zu den Unmöglichkeiten gehören. Die nosologische Einheit von Lupus und Tuberkulose ist trotz des klinischen Unterschiedes beider Krankheitsbilder hinlänglich sichergestellt. (Vgl. die Verhandlungen in Kopenhagen. August 1884.) Die bisher behauptete Seltenheit tuberkulöser Prozesse bei Lupuskranken dürfte bei längerer Beobachtung der Patienten, wie neuere Erfahrungen zeigen, nicht mehr als stichhaltig befunden werden. Insbesondere sind es auch die histologischen und experimentellen Thatsachen (Nachweis des Tuberkelbacillus und Impfversuche), welche die tuberkulöse Natur des Lupus beweisen. Die blutige Behandlungsmethode ist vom Standpunkte der Autoinfektionsmöglichkeit um so weniger zu empfehlen, als man ohne dieselbe mindestens gleichwertige Resultate zu erzielen vermag. BESNIER empfiehlt die interstitielle Kauterisation durch Glühhitze, die Anwendung der Pyrogallussäure in Salbenform und in ätherischer Lösung; im letzteren Falle folgt eine Deckung mit Traumaticin. Diese Behandlung ist weniger schmerzhaft, erfordert nicht lange Zeit und gibt gute Narben, so dafs dieselbe insbesondere für lupöse Affektionen im Gesicht empfohlen werden kann. (Ref. hat bei Behandlung des Lupus mit Pyrogallussalbe (5—10 %) und folgender Anwendung des scharfen Löffels, sowie Abheilung der Wundflächen unter Sublimatverband vorzügliche Resultate an Prof. NEISSERS Klinik gesehen.) (*Annales de dermat. et syph.* 1885. Fasc. 1. p. 1.)

Nachdem es STRAUS weder durch Färbungs- noch durch Kulturversuche die er mit dem Eiter von Schankerbubonen anstellte, gelungen war, den **pathogenen Mikroorganismus des Ulcus molle** zu finden, stellte er Impfversuche mit dem Eiter von 42 Bubonen an und es gelang ihm niemals, Ulcus molle zu erzeugen. Dieses den Erfahrungen RICORDS direkt widersprechende Resultat glaubt er damit erklären zu müssen, dafs er als Impfstoff stets den Eiter soeben eröffneter Bubonen benutzte; dieser Eiter enthalte den Infektionsstoff überhaupt nicht, sondern der eröffnete Bubo erhalte erst sekundär durch direkte Übertragung des Infektionsstoffes von dem Ulcus molle her seine Ansteckungsfähigkeit. HORTELOUP, der die Möglichkeit einer solchen sekundären Übertragung als Ausnahmefall zugibt, erinnert dagegen an eine Reihe von (8) Fällen, die zum gröfsten Teil aus den Beobachtungen RICORDS entlehnt sind, in denen die Inokulationsfähigkeit des Buboneneiters zu einer Zeit konstatiert wurde, in welcher das Ulcus molle bereits geheilt war, ehe der Bubo eröffnet wurde, von einer sekundären Infektion also kaum die Rede sein konnte. Aufserdem war er in der Lage, in einem sorgfältig beobachteten Falle die Inokulationsfähigkeit des Buboneneiters unter Ausschlufs einer sekundären Infektion direkt durch das Experiment zu erweisen und glaubt deshalb, dafs STRAUS bei seiner Leugnung des infizierenden Schankereiters etwas voreilig zu Werke gegangen ist. DIDAY, welcher sich im selben Sinne äufsert, glaubt als besonderes Merkmal des infektiösen Schankerbubo die hochgradige Schmerzhaftigkeit desselben im Beginne betonen zu müssen, welche nur durch Injektionen von Höllensteinlösungen zu mildern sind. (Es scheint sich bei den infektiösen Bubonen der französischen Autoren wesentlich um den Charakter

des Phagedänismus zu handeln, der zwar klinisch wohl charakterisiert ist, aber ätiologisch kaum vom Ulcus molle getrennt werden kann. In Deutschland sind Bubonen mit Ausgang in Phagedän relativ selten.) (*Annales de derm. et syph.* 1885. fasc. 1. p. 9.)

München. KOPP.

FRÉD. LATOUCHE, Über die **Behandlung des weichen Schwankers.** (*Revue de Clinique medico-chirurgicale.* 1885. Jan.) Verf. empfiehlt zur Behandlung ganz besonders frühzeitiges Ätzen mit rotglühendem Thermokauter. Wenn der Schorf sich abgestofsen hat, genügt Jodoform. Bei kleinen Schankern der Männer begnügt er sich auch mit Jodoform allein. Die durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur Heilung betrug dabei nicht über 4 Wochen.

Der *Union medicale*, 1885. Jan., entnehmen wir ein Referat von FOURNIERS neuester Veröffentlichung über die **präataxische Periode der syphilitischen Tabes.** FOURNIER hat als der erste hervorgehoben, dafs Syphilis direkt die Ursache von Ataxie locomotrice ist. Unter 249 Fällen von Tabes waren nur bei 18 keine syphilitischen Antecedenzien nachzuweisen. Heredität ist das prädisponierende, Syphilis das direkte ätiologische Moment. Bei ausgebildeter Tabes hilft Quecksilber und Jodkali nichts. Das darf auch nicht wundern, da erstens auch Fälle einfacher Syphilis diesen Mitteln Widerstand leisten und zweitens patholog. Veränderungen da sind (Sklerose), die nicht mehr zu beeinflussen sind. Wenn man dagegen nicht erst abwartet, bis sich die klassischen Symptome ausgebildet haben, wenn man auf die beginnende Tabes fahndet, so kann man glänzende Erfolge haben. Diese Anfangssymptome äufserst klar gemacht zu haben ist eben FOURNIERS grofses Verdienst. Die ersten Zeichen sind 1. vesikale, 2. genitale, 3. cerebrale, 4. aurikulare, 5. paralytische, 6. gastrische oder intestinale, 7. vom Kehlkopf ausgehende, 8. trophische.

Über die **Syphilis der Glasbläser** berichtet BESNIER (Paris, bei G. MASSON 1885). 1859 empfahl schon CHASSAGNY zum Schutze der Arbeiter ein Mundstück für jeden einzelnen. Die Arbeiter gebrauchten es aber nicht. Früher schon, 1824 und 1833, hatte man versucht, die Lunge der Arbeiter durch die Wirkung komprimierter Luft zu ersetzen. Es gelang jedoch nicht, die Maschinen einzuführen. Dr. GUINAND führte als Fabrikarzt in Rive-de-Gier regelmäfsige Untersuchungen der Arbeiter ein. Der Erfolg war, dafs in 9 Jahren nur eine Ansteckung stattfand. Grofse Vorsicht ist bei der Wiedereinstellung syphilitisch erkrankt gewesener Arbeiter zu beobachten, weil jede Erosion event. die Ansteckung vermitteln kann. Die Ansteckung erfolgt nicht allein durch Affektionen der Lippen, sondern vielfach durch eine eigenartige Erkrankung der Schleimhaut um den erweiterten ductus stenonianus, nicht zu verwechseln mit den plaques des fumeurs. Es ist dieselbe Affektion, die SCHWIMMER Leukoplakia buccalis, VIDAL Leukoplasie nennt.

LAURENT beschreibt die Methode der **Hodenkompression**, wie sie an der THIRYschen Klinik seit langer Zeit gebräuchlich ist, und betont besonders, dafs diese gerade bei akuten Epididymitiden noch mehr als bei chronischen am Platze sei und jede andre Behandlung überflüssig mache. Der geschwollene Hoden wird durch anhaltenden Zug nach unten vom Leistenring abgedrängt und hier durch viele, fest angelegte Bindentouren ein Ring geschaffen, der das Zurückgleiten desselben verhindert. Schräge, die Spitze der Geschwulst nach allen Richtungen umkreisende Touren folgen und schliefsen mit einer Art Spica für den geschwollenen Samenstrang ab. Die obersten Lagen werden sodann durch Auftragung von Kleister zu einer erhärtenden Schale verdichtet. Nachdem alle paar Tage der lose werdende Verband durch einen neuen dicht anschliefsenden ersetzt ist, heilt die Affektion regelmäfsig nnd ohne Störung in 8—14 Tagen. (*Presse medicale belge.* 1884. Nr. 45.) UNNA.

Italien.

Giovannini beobachtete an Gamberinis Klinik einen Fall von **symmetrischer Gangrän** der Finger, welcher als reflektorisch-vasomotorische Störung aufgefafst und mit dem schwächenden Einflufs früher überstandener Krankheiten (Skrofulose, Syphilis) in Zusammenhang gebracht wird. Unter lokaler Behandlung mit Ol. camph. und allgemein-tonisierender Behandlung wurde Vernarbung und Besserung des Allgemeinbefindens erzielt. (*Giornale ital. delle malattie ven. e della pelle.* 1885. fasc. 1. p. 25.)

Soffiantini berichtet über die Resultate der **Kalomelinjektionen** nach Smirnoffs Methode aus der Klinik Scarenzios. Die Abscesse gänzlich zu vermeiden, wie Smirnoff will, gelang anfangs nicht. Später jedoch, als Scarenzio anfing die Injektion zwischen spina anterior superior ossis ilei und trochauter major zu machen, und zwar so, dafs das injizierte Kalomel unter der Aponeurose deponiert wurde, gelang dieses. Gleichwohl war auch dieses Injektionsverfahren nicht ganz konform den von Smirnoff gegebenen Vorschriften. Derselbe empfiehlt vielmehr, wie aus einer mitgeteilten Privatkorrespondenz an Scarenzio hervorgeht, als Injektionsgegend eine 3 cm hinter dem Trochauter gelegene Stelle der Glutäalregion, welche immerhin für zwei Einspritzungen ausreichend grofs und weder bei Bewegung noch beim Sitzen starken Druckschwankungen ausgesetzt ist. Dabei mufs das Injektum unterhalb die Aponeurose in die Glutäalmuskulatur gelangen. Die Känüle mufs daher 3 cm lang sein. In der That waren die Resultate bei diesem Verfahren geradezu ideal zu nennen; Abscesse wurden nicht mehr beobachtet. (*Giorn. ital. delle malattie ven. e della pelle.* 1885. fasc. 1. p. 12.)

München. Kopp.

Verschiedenes.

Altschul empfiehlt für **Brandwunden der Haut Jodoform** als Bolus-paste (*Prager med. Wochenschr.* 1884. No. 52)

℞ *Bolus alb.*
Ol. olivar. āā 30,0
Liq. plumbi subacet. 20,0
Jodoformii 8,0—16,0.

Rob. Amory, der Südfrankreich, die Heimat des **Kadeöls** bereiste, teilt über die bisher noch ziemlich unbekannte Gewinnung desselben folgendes mit. Die trockenen, nicht saftigen Holzteile, sowie die Wurzeln, Blätter und Zweige von Juniperus Oxycedrus werden im Departement Var von den Bauern zu allen Jahreszeiten gesammelt und zwar vorzüglich in den Bergen und nicht leicht zugänglichen wilden Landesteilen. Sie werden in kleine Stücke zerschnitten und, um die Verbrennung zu erleichtern, sorgfältig geschichtet und sodann angezündet. Das Ganze wird mit Erde bedeckt, um den Luftzutritt zu verhindern und die Produkte der trockenen Destillation werden per descensum auf rohe Weise in hölzerne Eimer oder Fässer geleitet. Die Grossisten in Nimes und Toulon verkaufen diesen Teer, wie er von den Bauern eingebracht wird, ohne weitere Reinigung. In der dortigen Gegend wird derselbe in grofsem Mafsstabe zur Reinigung der Schafe von Schafzecken und zur Behandlung der Schafräude gebraucht. Diese Anwendung hat zur späteren bei menschlichen Hautkrankheiten Anlafs gegeben. (*Deutsch-amerik. Apoth.-Zeitg.* 1885. 1. März.)

Bianchi, der die **Hamamelis virginica** als Tonicum, Adstringens und Haemostaticum bewährt gefunden hat und sie (wie Unna, s. Stauungsdermatosen) bei Varicen, varikösen Geschwüren und Hämorrhoidalblutungen besonders

rühmt, gibt folgende Dosierungen derselben an. In Pillen höchstens 0,5 pro dosi 2 mal 2 Pillen vor den Mahlzeiten, also pro die bis 2,0. Die Tinktur (conc. oder simpl.?) zu 2 Tropfen 3—4 mal täglich und das alkoholische Extrakt in Pillen zu 0,05, 4 Pillen täglich. Seine Wirkung verdankt das Mittel zum gröfsten Teil dem starken Gehalt (20 %) an Acid. tannic. und Acid. gallic., ein besonderes Alkaloid ist nicht aufgefunden, neben Fetten vielmehr war eine aromatische Substanz und ein roter Farbstoff nachgewiesen. (Ref. d. *Deutsch. Med.-Zeitg.* 1885. 23. Febr.)

Professor Auspitz ist im Auftrage der österreichischen Regierung zum Studium der Skerljewokrankheit nach Dalmatien gegangen. Wenngleich diese Reise zunächst praktischen Zwecken dient, so dürfen wir wohl auch auf eine reiche wissenschaftliche Ausbeute rechnen, da die so dunkle Skerljewo-Frage jetzt in so gute Hände gelegt ist.

Berichtigung. Herr Instrumentenmacher Haertel (Breslau) ersucht uns mitzuteilen, dafs der in Nr. 12 des vor. Jahrgangs dieser Zeitschrift abgebildete Quetschhahn die Erfindung eines seiner Arbeiter ist, welcher auf dieselbe ein Patent angemeldet hat.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur.

Finger, *Zur Pathologie und Therapie des Harnröhrentrippers.* Sep.-Abdr. *Zeitschr. f. Therapie.*

Behrend, *Ein Fall idiopathischer angeborener Hautatrophie.* Sep.-Abdr. *Berl. klin. Wochenschr.*

Behrend, *Über Herpes tonsurans und Favus.* Sep.-Abdr. *Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph.*

Pick, *Bericht über die Verhandlungen der Sektion für Dermatologie und Syphilis auf dem 8. internat. med. Kongrefs.* Sep.-Abdr. *Vierteljahrschr. f. Derm. u. Syph.*

Inhalt: Max Bockhart, Blutserum-Quecksilber, ein neues Präparat zur Injektionsbehandlung der Syphilis. — Funk, Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa adultorum. — Ultzmanns Instrumente zur Harnröhrentherapie. (Mit 3 Abbildungen.) — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.** — **Verschiedenes.**

Ankündigung.

Im nächsten Monat erscheint als Ergänzungsheft zu den *Monatsheften:* Leprastudien, mit Beiträgen von Burow-Königsberg, Baelz-Tokio (Japan), Wolff-Strafsburg, und Unna-Hamburg, 6 bis 8 Bogen Text mit 4 photograph. Lichtdrucktafeln.

Den Abonnenten auf die *Monatshefte* wird dasselbe durch die Buchhandlung, von welcher sie das Journal beziehen, zugehen.

Anzeigen.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg und Leipzig.

Lehrbuch der Physiologie

für

akademische Vorlesungen

und

zum Selbstudium.

Begründet von Rud. Wagner, fortgeführt von Otto Funke,
neu herausgegeben von

Dr. **A. Gruenhagen,**

Professor der medizinischen Physik an der Universität zu Königsberg i. Pr.

Siebente, neu bearbeitete Auflage.

Mit etwa 250 in den Text gedruckten Holzschnitten.

In drei Bänden.

Erster Band. VII u. 682 S. Mit 71 Holzschnitten. gr. 8°.

M. 12.—

Dr. Alexander Goette,

Professor an der Universität Rostock.

Die Entwickelungsgeschichte der Unke (Bombinator igneus), als Grundlage einer vergleichenden Morphologie der Wirbelthiere. Mit Atlas von 22 Tafeln in gr. Folio. Lex. 8°. 1875. M. 150.—

Über Entwickelung und Regeneration des Gliedmafsenskeletts der Molche. Mit 4 photographischen und einer lithographischen Tafel. 4°. 1879. M. 18.—

Abhandlungen zur Entwickelungsgeschichte der Tiere.

I. Heft: Untersuchungen zur Entwickelungsgeschichte der Würmer. Beschreibender Teil. Mit Holzschnitten und 6 lithogr. Tafeln. Lex. 8°. 1882. M. 15.—

II. „ Dasselbe. Vergleichender Teil. Mit 96 Figuren. Lex. 8°. 1884. M. 12.—

Über den Ursprung des Todes. Mit 18 Original-Holzschnitten. gr. 8°. 1883. M. 2.—

Lehrbuch
der
Arzneimittellehre
und
Arzneiverordnungslehre.

Auf Grund der dritten Auflage des Lehrbuchs der Arzneimittellehre
von R. Buchheim
und der Pharmacopoea Germanica. Ed. II.
bearbeitet von
Erich Harnack,
Professor der Physiolog. Chemie und Pharmakologie an der Universität Halle a. S.

gr. 8°. VIII u. 883 S. 1883.
Broschiert **M.** 17.—. Geb. in Halbfranz **M.** 19.—.

Repetitorium der Chemie.

Mit besonderer Berücksichtigung
der für die Medizin wichtigen
Verbindungen
sowie
der „Pharmacopoea Germanica"
namentlich zum Gebrauche
für
Mediziner und Pharmazeuten
bearbeitet von
Dr. Carl Arnold,
Repetitor für Chemie und Vorstand des Chemischen Laboratoriums der Kgl. Tierarzneischule zu Hannover.

8. XIII u. 550 S. Broschiert **M.** 5; gebunden in Leinwand **M.** 6.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J F. Richter** in Hamburg.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 6. Juni 1885.

Der gegenwärtige Stand der Dermatologie in den Vereinigten Staaten.

Von

George Thomas Jackson, M. D.

in New-York.

Während der letzten 25 Jahre ist die Dermatologie in unserm Lande sehr fortgeschritten und hat sich einen hervorragenden Rang unter den Spezialitäten erworben. Kein Feld der medizinischen Wissenschaft wird ernster und begeisterter bearbeitet. Wegen der grofsen Fläche, über welche sich unsre 50 000 000 Einwohner verteilen, ist die Bevölkerung in den meisten Teilen des Landes nicht dicht genug, um dem Praktiker die Dermatologie als Spezialität zu gestatten. Aber in den Städten New-York, Philadelphia, Boston, Chicago, St. Louis und Baltimore werden Spezialvorlesungen gehalten und sind Einrichtungen getroffen, die dem Mediziner das Studium der Hautkrankheiten und Syphilis erleichtern. Während in den genannten Städten eine glückliche Vereinigung von Umständen die Dermatologie sehr gefördert hat, sind auch für das übrige Land Anzeichen vorhanden, dafs das Interesse für diesen Zweig der Medizin durchaus nicht fehlt, und selbst in kleinern medizinischen Fakultäten werden Speziallehrer in diesen Fächern angetroffen.

Die Stadt New-York, das leitende medizinische Zentrum des Landes, gibt für das Studium der Haut- und venerischen Krankheiten die beste Gelegenheit und wird hierin von keiner andern Stadt der Welt übertroffen. In neun unsrer Polikliniken ist eine

Spezialabteilung für Haut- und venerische Krankheiten oder für Hautkrankheiten allein. In diesen Polikliniken werden 6—7000 Kranke jährlich behandelt, dazu in den Polikliniken der Universität noch weitere 3—4000. Im letzten Jahre hatten die Ärzte des „Skin- and Cancer-Hospital" 1140 Patienten in Behandlung, 125 in Betten und 1015 ambulant, während in der Abteilung für Haut- und venerische Krankheiten des Charity-Hospitals 248 Haut- und 1827 venerische Patienten verpflegt wurden. Dies macht eine Gesamtsumme von 12000—14000 Fällen per Jahr.

New-York hat ein eignes Hospital für Hautkrankheiten, das N.-Y. Skin- and Cancer-Hospital mit 28 Betten. Mit ihm ist eine Poliklinik für ambulatorisch behandelte Patienten verbunden. Die Dermatologen dieser Anstalt sind: Dr. L. D. Bulkley, Dr. Geo. T. Elliot, Assistent, und Dr. Geo. H. Fox, Dr. Geo. Th. Jackson, Assistent. (Die Zahl der Behandelten ist oben angegeben.) Das Hospital ist in einer Hauptstrafse gelegen und durch viele Fahrgelegenheiten leicht zu erreichen. Es ist gut ausgestattet mit verschiedenen Bädern und überhaupt vortrefflich im Gange. Es wurde 1882 als öffentliches Hospital durch freiwillige Beiträge gegründet.

Das Charity-Hospital, auf Kosten der Stadt erhalten, liegt auf Blackwell's Island, getrennt von der Stadt durch den East River, welcher es von allen Seiten umfliefst. Es ist das einzige allgemeine Krankenhaus, welches Spezialabteilungen für Haut- und venerische Krankheiten hat, und ist das gröfste Hospital des Landes für venerische Krankheiten. Es hat zwei Hautabteilungen für 32 Patienten und sechs Abteilungen für Venerische mit 197 Betten. Die Ärzte für die Hautabteilung sind: Dr. Dr. H. G. Piffard, W. T. Alexander, P. A. Morrow; die der venerischen Abteilung: Dr. Dr. Stein, Ferguson, F. R. Sturgis, F. N. Otis, Van Wyck, R. W. Taylor, Swasey, Bargs und Burchard. Aufser diesen beiden Hospitälern nehmen auch alle andern allgemeinen Krankenhäuser Hautkranke auf; nur haben sie keine besondern Abteilungen für dieselben.

In New-York werden von folgenden Lehrern Vorlesungen über Dermatologie und Syphilidologie gehalten:

1. In dem College of Physicians and Surgeons, Medical Department of Columbia College:

Über Urogenitalkrankheiten: Professor Dr. F. N. Otis.

Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. Geo. Henry Fox.

2. In dem Bellevue-Hospital:

Über Hautkrankheiten und Urogenitalkrankheiten Prof. Dr. E. L. Keyes.

3. In der medizinischen Abteilung der Universität New-York:

Über Hautkrankheiten: Dr. H. G. Piffard.
Über venerische Krankheiten: Dr. P. A. Morrow.

4. In Womans Medical College of the N.-Y. Infirmary:
Über Hautkrankheiten Prof. Dr. E. B. Bronson.

5. In der New-York Polyclinic lesen zwei Professoren über Hautkrankheiten: Prof. Dr. A. R. Robinson und Prof. Dr. E. B. Bronson, und zwei Dozenten[1]: Dr. Geo. Th. Jackson und Dr. Wm. S. Gottheil.

In dieser Anstalt wird über Syphilis sowohl von den Chirurgen wie von den Dermatologen gelesen.

6. In der N.-Y. Post-Graduate Medical School[2]:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. Geo. Henry Fox.
Über Urogenitalkrankheiten: Prof. Dr. F. R. Sturgis.
Associate Prof.[3] Dr. H. G. Lyttle.
Über venerische Krankheiten: Dr. A. F. Buechler.

7. In dem Long Island College Hospital (Brooklyn):
Über Hautkrankheiten: Dr. S. Sherwell.
Über Urogenitalkrankheiten: Dr. Geo. H. Atkinson.

Aufser diesen Vorlesungen ist noch ein Kursus klinischer Vorträge über Dermatologie zu erwähnen, den Dr. Bulkley während des Winters im N.-Y. Hospital abhält. In New-York wird das einzige Journal unsrer Spezialität in englischer Sprache herausgegeben, das *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases*, redigiert von Dr. Piffard und Dr. Morrow, verlegt von Mrss. Wm. Wood & Co. Es ist ein gut ausgestattetes Journal, welches am ersten jeden Monats erscheint; es enthält Beiträge von den leitenden Schriftstellern unsers Landes und des Auslandes, ebenso Auszüge aus fremden Journalen. Es hat von Anfang seines Erscheinens an viel Erfolg gehabt. Es ist gegründet, um die Berichte aus den Versammlungen der Dermatological Society und der American Dermatological Association herauszugeben.

Das Hauptinteresse an der Dermatologie konzentriert sich in der N.-Y. Dermat. Society, weil in ihr gleichsam die Dermatologie zu einer besondern Spezialität auskristallisierte und durch ihren Einfluss die allgemeine amerikanische Gesellschaft entstand. Sie ist, soviel ich weifs, die einzige der Art in der Welt. Sie wurde 1869

[1] „Instructors", ein amerikanischer Begriff (engl.: tutor) für solche Dozenten, welche praktische Kurse aber keine Vorlesungen halten. U.
[2] eine medizinische Lehranstalt für bereits promovierte Studenten. Ein Medical College kann Grade verleihen, eine Medical School nicht. U.
[3] Vergleichbar unsrer Stellung eines ersten Assistenten mit dem Professortitel. U.

durch die Bemühungen von Dr. F. D. Weisse, früherm Professor der Dermatologie an der N.-Y. Universität, gegründet. Ihr erster Präsident war Dr. H. D. Bulkley. Seit ihrer Gründung war sie eine thätig wirkende Gesellschaft, und das Studium und die Beobachtungen ihrer Mitglieder haben viel dazu beigetragen, unsre Wissenschaft auf den jetzigen hervorragenden Standpunkt zu bringen. Sie ist dem Studium der Haut- und venerischen Krankheiten gewidmet, ihre Mitglieder sind Hautspezialisten und verwenden weniger Aufmerksamkeit auf die venerischen Krankheiten. Sie besteht aus ordentlichen, korrespondierenden und Ehrenmitgliedern, und zu ihnen zählen hervorragende Namen der Vereinigten Staaten und andrer Länder. Um Mitglied zu werden, mufs man bewiesen haben, dafs man sich speziell für Dermatologie interessiert und eine fachwissenschaftliche These in der Gesellschaft aufstellen; die Wahl geschieht dann durch Ballotage. Die korrespondierenden und Ehrenmitglieder werden ohne Thesen aufgenommen. Die monatlichen Zusammenkünfte werden im Hause der Mitglieder der Reihe nach abgehalten, ausgenommen in den Monaten Juni, Juli und August. Eine Versammlung ist der Diskussion über den Vortrag eines der Mitglieder gewidmet, und die folgende wird durch Prüfung und Besprechung von klinischen Fällen ausgefüllt. Soweit ist die Erfahrung und Routine der Mitglieder gereift, dafs, während im Anfang jeder typische Fall willkommen geheifsen wurde, jetzt nur seltene und dunkle Fälle zur Vorstellung gelangen. Der Präsident der Society wird jährlich erwählt. Zur Zeit ist es Dr. A. R. Robinson, und Schriftführer ist Dr. R. Campbell.

Zunächst New-York kommt Philadelphia im Staate Pennsylvania, von unserm Standpunkt aus betrachtet. In seinen Hospitälern und Polikliniken werden 3000—4000 Fälle jährlich behandelt. Eins seiner Hospitäler, das American Hospital for Skin Diseases nimmt blofs Hautkranke auf. Es hat 12 Betten, und mit ihm ist eine Poliklinik verbunden. Dr. Shoemaker ist der behandelnde Arzt. Es wird durch freiwillige Beiträge erhalten und wurde vor 4—5 Jahren gegründet. In dem Philadelphia Hospital (Alms House) sind 20 Betten für Hautkranke, und in dem Universitäts-Hospital, wo keine besondere Abteilung für Hautkrankheiten ist, befinden sich gewöhnlich bis zu 30 oder mehr Hautkranke.

Dermatologie und Syphilidologie werden gelehrt, wie folgt:

1. In der University of Pennsylvania:

Über Hautkrankheiten:	Prof. Dr. L. A. Duhring.
	Dozent Dr. H. W. Stelwagon.
Über Urogenital- und vener. Erkrankungen:	Prof. Dr. J. Wm. White.
	Dozent Dr. T. R. Neilson.

2. In dem Post Graduate Course[1] of the Jefferson Medical College:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. SHOEMAKER.
Über Chirurgie u. Urogenitalkrankheiten: Prof. Dr. W. HEARN.

3. In der Philadelphia Policlinic and College for Graduates[2] in Medicine:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. A. VAN HARLINGEN.
Über vener. Krankheiten: Prof. Dr. J. H. C. SIMES.

4. In dem Medical-Chirurgical College:
Über Hautkrankheiten: Lecturer Dr. L. WEIR.

In Boston (Massachusetts) existiert kein eignes Hospital für Haut- und venerische Krankheiten. Diejenigen, welche zu krank sind, um sich in der Poliklinik behandeln zu lassen, werden einem allgem. Krankenhause überwiesen. In der letzten Versammlung der American Dermatological Association wurde von 2475 Hautfällen Bericht erstattet, die in der Poliklinik dieser Stadt während des letzten Jahres zur Behandlung kamen. Vorlesungen werden von folgenden gehalten:

1. In der Medical School of the Harvard University:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. J. C. WHITE.
Über Syphilis und venerische Krankheiten:
Dozent Dr. J. B. GREENOUGH.
Dozent Dr. A. POST.

2. In dem Boston City Hospital:
Über Dermatologie: Dr. E. WIGGLESWORTH.
Dr. G. H. TILDEN.

In Chicago in Illinois finden folgende Vorlesungen statt:

1. In dem Rush Medical College:
Über Haut- u. vener. Krankheiten: Prof. Dr. J. NEVINS HYDE.
Über Hautkrankheiten: Dr. L. W. CASE.

2. In dem Chicago Medical College, Med. Dept. Northwestern University:
Über Hautkrankheiten: Lecturer Dr. A. G. PAINE.

3. In dem College of Physicians and Surgeons:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. H. J. REYNOLDS.

4. In dem Womans Medical College:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. W. J. MAYNARD.

---

[1] Unser Kursus für praktische Ärzte. U.
[2] Graduates = Promovierte.

Die Berichte an die American Dermatological Association zeigten, daſs im letzten Jahre 1196 Fälle in den Polikliniken in Chicago behandelt wurden.

In Baltimore (Maryland) werden folgende Vorlesungen abgehalten:

1. In der School of Medicine of the University of Maryland:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. J. E. Atkinson.

2. In dem College of Physicians and Surgeons:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. Geo. H. Rohé.

3. In der Baltimore Policlinic and Post Graduate Medical School:
Über Hautkrankheiten und Syphilis: Prof. Dr. R. B. Morison.

In dem City Hospital von Saint-Louis (Missouri) sind 54 Betten für venerisch Erkrankte, und werden dort über 700 Patienten jährlich behandelt. In demselben Hospital, in dem keine Spezialabteilung für Hautkrankheiten existiert, kommen ungefähr 150 Hautfälle jährlich zur Beobachtung.

In dem Female Hospital werden etwa 600 venerische Patienten jährlich aufgenommen. Es sind 66 Betten für Prostituierte vorhanden, und kommen über 100 Fälle von Hautkrankheiten jährlich zur Behandlung. In der Poliklinik des Missouri Medical College werden jährlich etwa 400 Fälle von Haut- und venerischen Krankheiten gesehen.

Der einzige Professor für Dermatologie in der Stadt ist Dr. W. A. Hardaway; er hält Vorlesungen am Missouri Medical College und an der St. Louis Post Graduate School of Medicine.

In den kleineren Städten haben wir in Albany:

In dem Medical College von Albany:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. F. C. Curtis.

In dem Minnesota College Hospital von St. Paul:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. Le Grand N. Denslow.

In dem Medical Department of the Vermont University in Burlington:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. R. W. Taylor.

In dem Medical Department of the University in Buffalo (N.-Y):
Über Hautkrankheiten und Syphilis: Dr. M. B. Folwell.

In der Niagara University:
Über Hautkrankheiten: Dr. A. R. Davidson.

In Nashville (Tennessee):

In der University of Tennessee:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. W. F. Glenn.

In Detroit, Mich.:

Im Detroit Medical College:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. Carrier.

In Toronto, Canada:

In der School of Medicine:
Über Hautkrankheiten: Prof. Dr. J. E. Graham.

Aus dieser langen Reihe von Lehranstalten ist ersichtlich, dafs bei uns die Dermatologie kein vernachlässigter Zweig der Medizin ist. Als das Resultat dieses Interesses an unsrer Spezialwissenschaft, dem Beispiel New-Yorks folgend, wurde 1876 die American Dermat. Association gegründet, welche seitdem jedes Jahr eine Versammlung abhält. Die Zeit ist im August, der Ort wechselt von Jahr zu Jahr, wie es der Gesellschaft konveniert. Ihr Zweck ist, das Studium der Dermatologie in allen seinen Beziehungen zu fördern. Sie besteht aus aktiven Mitgliedern, die in den Vereinigten Staaten und Canada wohnen, und Ehrenmitgliedern aus unserm Lande und dem Auslande. Neue Mitglieder werden aufgenommen, ohne dafs sie vorher eine wissenschaftliche These einliefern. Diese Formalität fällt fort, da nach den Statuten der Gesellschaft nur solche zu Mitgliedern erwählt werden, welche litterarische Beiträge zur Dermatologie geliefert haben. Sie veröffentlicht jedes Jahr einen Band Transactions, welche bleibenden Wert besitzen. Der Präsident wechselt jedes Jahr, seine Stelle ist jetzt durch Dr. W. N. Hardaway in St. Louis besetzt, und der Sekretär ist Dr. W. T. Alexander in New-York.

Dermatologie, wie sie in Amerika gelehrt und ausgeübt wird, nimmt teil an dem Gesamtcharakter unsrer medizinischen Wissenschaft; sie ist in eminentem Sinne praktisch.

Während Fragen der Pathologie und Ätiologie diskutiert und untersucht werden, ist unser Hauptaugenmerk auf die Behandlung gerichtet. Unser System der Klassifikation gründet sich auf dasjenige von Hebra, und wie der gröfste Teil von uns Studenten in Wien waren, sind auch viele von den Wiener Theorien und Methoden en vogue unter uns. Aber wir nehmen von allen Schulen das, was wir für das Beste halten auf, und während wir unser Vertrauen auf die äufsere Behandlung setzen, vernachlässigen wir die innere nicht. Was bei uns geleistet wurde, ist leicht in unsern medizinischen Journalen zu ersehen. Im Verlauf der letzten zwei Jahre sind an Lehrbüchern folgende erschienen: von Dr. J. Nevins

Hyde aus Chicago und Dr. A. R. Robinson aus New-York. Ein *Handbook of Skin Diseases* von Dr. van Harlingen aus Philadelphia; auch eine zweite Auflage von Dr. George Henry Fox's *Photographic Illustrations of Skin Diseases;* neue Auflagen von Duhrings Handbuch der Hautkrankheiten und Bulkleys Buch über Ekzema. —

Der Mangel irgend eines solchen Verzeichnisses, wie es die Deutschen in ihrem Universitätskalender besitzen, hat die Zusammenstellung dieses Artikels etwas erschwert.

Es ist möglich, dafs die hier gegebenen Daten nicht völlig den Stand der amerikanischen Dermatologie wiedergeben, aber soviel glaube ich doch gezeigt zu haben, dafs das schöne Werk, welches Ferdinand Hebra begann, in unserm Lande eifrig gefördert wird. Wenn dieser Artikel in Deutschland ein allgemeineres Interesse für die amerikanische Dermatologie erwecken sollte, hat er seinen Zweck erreicht.

Mein Dank sei hier ausgesprochen den Herren Dr. Wigglesworth und Watson von Boston, Dr. Stelwagon von Philadelphia, Dr. Hyde von Chicago, Dr. Morison von Baltimore, Dr. Hardaway von St. Louis, Dr. Denslow von St. Paul und Dr. Sloman von dem Charity-Hospital in New-York für ihre wertvolle Hilfe bei der Abfassung dieses Artikels.

Zur abortiven Behandlung der Urethritis.

Von

Dr. A. J. Munnich

in Amsterdam.

Mit 1 Abbildung.

Versuche, um der virulenten Entzündung der Harnröhre schon in den ersten Tagen ihres Bestehens energisch entgegen zu treten und ihrer weiteren Ausbreitung vorzubeugen, wurden, wie bekannt, schon im 17. Jahrhundert und auch später öfters mit verschiedenen Substanzen gemacht.

Höllensteinlösungen, oft von beträchtlicher Konzentration, wurden dazu mit dem Zwecke, die virulente Entzündung in eine sogenannte einfache rasch vorübergehende zu verwandeln, am meisten verwendet und ihre Anwendung gewann eine ziemlich grofse Verbreitung.

Die erhaltenen Resultate waren aber mitunter sehr unglücklich, so dafs diese Methode jetzt wohl nur von wenigen geübt wird.

Seit aber Neisser uns in den Gonokokken die wahren Träger des Ansteckungsstoffes kennen gelehrt, und der äufserst interessante Impfversuch Bockharts uns das Wesen und den Verlauf des Trippers weiter aufgeklärt hat, haben diese Versuche einen besseren Grund, und wissen wir, dafs dabei nur von die Harnröhrenschleimhaut nicht verletzenden Antisepticis, gleich nachdem sich die ersten Erscheinungen des Trippers gezeigt haben verwendet, etwas zu erwarten ist, zumal weil, bei der gewöhnlichen Ansteckungsweise, der Krankheitsprozefs in der ersten Zeit wohl nicht so schnell vor sich gehen wird, wie bei dem Bockhartschen Versuche.

Von den vielen, in der letzten Zeit aus diesem Grunde empfohlenen Trippermitteln erwähne ich nur kurz den, wohl obenan in der Reihe der Antiseptica stehenden, Sublimat und das Jodoform.

Das Verhalten des ersten Medikamentes dem Eiter gegenüber macht es zu diesen Versuchen weniger geeignet, wie schon von Bockhart betont wurde; von Leistikow wurde es auch nur in einer späteren Periode benutzt.

Das Jodoform ist schon wegen seines Geruches nicht beliebt, das Einführen der Cheyneschen Stäbchen mitunter für den Kranken beschwerlich, und es wurden auch die dadurch erhaltenen ermunternden Resultate von Mandl nicht ganz bestätigt.

Angeregt durch die überaus günstige Wirkung von Einspritzungen mit dem von Andeer warm empfohlenen Resorcin bei auch mit Gonorrhöe zusammenhängenden Blasenleiden kamen mir Injektionsversuche mit diesem geruchlosen, die Wäsche nicht befleckenden Medikamente bei Urethritis rationell vor.

Ich fing an mit einer 2 % Lösung, war aber darüber wenig befriedigt und stieg bald zu einer 3 % Solution.

Die Zahl der damit, alle ambulatorisch, behandelten Fälle, wovon mir der ganze Verlauf bekannt wurde, beträgt im ganzen 108. Ich verzichte selbstverständlich auf die ausführliche Mitteilung aller dieser Krankengeschichten und bemerke nur, dafs davon als gelungen zu betrachten sind 67, als nicht gelungen 41. Diese Zahlen geben aber den wirklichen Sachverhalt nicht ganz genau an. Es ist nämlich oft vorgekommen, dafs die Kranken sich nach ihrem ersten oder zweiten Besuche nicht mehr vorstellten; mitunter war ich später in der Lage mich über den weiteren Verlauf zu erkundigen und hörte gewöhnlich: „Ach, das war bald vorbei.“ Diese sind selbstverständlich zu den gelungenen gezählt. Die Fälle aber, wovon ich weiter nichts hörte und worunter wahrscheinlich mehrere gelungene sind, kamen natürlich bei der Zählung nicht in Betracht. Unter den nicht gelungenen Fällen sind viele, bei denen die Einspritzungen nicht gehörig stattfanden oder die Krankheit schon älter war als angegeben wurde; ihre Zahl wird dadurch nachteilig beeinflufst, und es sind also die Endresultate besser als die genannten Ziffern angeben.

Von den gelungenen Fällen stellten sich am ersten Tag der Krankheit vor 41, am zweiten 13, am dritten 7 und am vierten 6, von den nicht gelungenen resp. 21, 11, 5 und 4.

Ich habe erst danach gestrebt zu ermitteln, in wieviel Tagen sich, in den gelungenen Fällen, die Krankheit mit diesen Injektionen durchschnittlich beseitigen liefs, und daher die Kranken, sobald sich der purulente Ausflufs in ein geringes schleimiges Sekret umgewandelt hatte, mit den Einspritzungen aufhören lassen; die purulente Sekretion kehrte aber dabei gewöhnlich baldigst zurück, und ich liefs nachher immer noch einige Tage, nachdem der Ausflufs vollständig aufgehört hatte, damit fortfahren; diese Zeit kann daher nur annähernd bestimmt werden. Eine genaue Untersuchung auf Kokken könnte wohl darüber Ausschlag geben, doch ist das in der Privatpraxis schwer ausführbar.

Die Behandlung war folgende: Es wurde den Kranken empfohlen, möglichst viel Wasser oder Milch zu trinken, um durch Entleerung der Blase vor jeder Einspritzung den Eiter aus der Harnröhre herausspülen zu können. Die Einspritzungen wurden von den Patienten selbst, bei Tag jede zwei Stunden gemacht und in der Nacht wenigstens zweimal, wobei empfohlen wurde, die Flüssigkeit gleich wieder aus der Harnröhre herausfliefsen zu lassen. Gewöhnlich stellten sich die Kranken am vierten oder fünften Tage wieder vor, und in den meisten Fällen hatte der Ausflufs, wenn er profus war, sehr bedeutend abgenommen, oder wenn er von Anfang ab nicht bedeutend war, wenigstens nicht zugenommen.

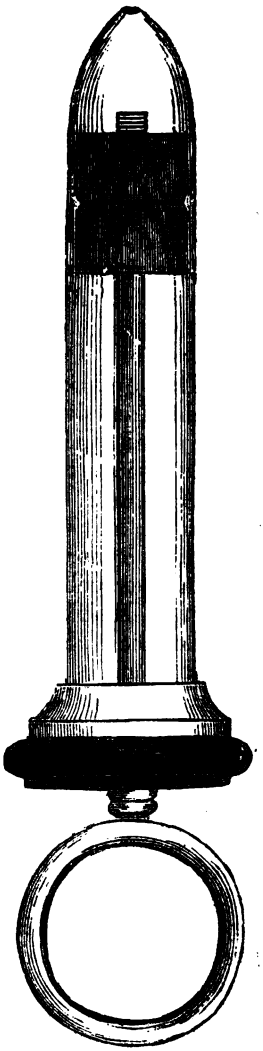


Fig. 17.

Wurde während der Nacht gar nicht eingespritzt, so war gewöhnlich die Besserung des vorigen Tages wieder verloren und zog sich die Sache in die Länge. Die Einspritzungen wurden jetzt nur drei oder viermal täglich und einmal in der Nacht vorgenommen und im Durchschnitt war in den 67 als gelungen bezeichneten Fällen die Sekretion am siebenten Tage äufserst gering und

hatte den vierzehnten Tag gänzlich aufgehört; ein einziges Mal wurden die letzten Spuren durch eine mehr adstringierende Solution beseitigt.

In den als nicht gelungen bezeichneten Fällen, wo sich der Ausfluſs, wie es sonst so oft stattfindet, in die Länge zog, oder wo auch die hinteren Teile der Harnröhre ergriffen wurden, wurden wenigstens die akuten Symptome immer schnell beseitigt. Ein einziges Mal, wobei der Kranke die Flüssigkeit längere Zeit in der Harnröhre zurück gehalten hatte, muſsten die Einspritzungen wegen entzündlicher Symptome unterlassen werden.

Im allgemeinen stellte sich, wie auch kaum anders zu erwarten war, heraus, daſs die schnellsten und besten Resultate erzielt wurden, wenn die Kranken sich bald nach dem Entstehen ihres Trippers vorstellten und die Einspritzungen mit Genauigkeit gemacht wurden.

Einen einzigen Fall erlaube ich mir in dieser Beziehung noch mitzuteilen: Ein vierzigjähriger, sonst sehr solider Strohwitwer hatte sich einen Fehltritt zu Schulden kommen lassen. Erschreckt durch die erste, unverkennbare, weiſse Thräne kam er in der gröſsten Angst gleich nach ihrer Erscheinung zu mir. Die Injektionen wurden in diesem Falle freilich sehr pünktlich alle zwei Stunden nach Vorschrift gemacht. Schon am vierten Tage war der Ausfluſs bis auf ein Minimum reduziert; von nun an wurde noch während acht Tagen viermal täglich und einmal in der Nacht injiziert. Der Ausfluſs hatte dann ganz und gar aufgehört, stellte sich ohne weitere Behandlung auch nicht mehr ein und war Patient aller weiteren, oft so quälenden Folgen seiner Krankheit enthoben.

Nebenbei bemerke ich noch, daſs es sich mir ergab, daſs mit diesen Einspritzungen behandelte Patienten sich derselben später proprio motu als Prophylacticum bedienten.

Ich glaube daſs bei absoluter Ruhe und vielleicht Irrigationen mit schwächeren Lösungen in vielen Fällen noch bessere Resultate erzielt werden können.

Mitunter hatten die Resorcineinspritzungen auch bei älteren Fällen günstigen Erfolg, doch ziehe ich im allgemeinen dann die antiseptischen, leicht adstringierenden Lösungen Ultzmanns vor.

Die Spritze, deren ich meine Kranken sich bedienen lieſs, ist von Glas, unbedingt das reinste Material. Sie stimmt in der Form mit der Sigmundschen Zinnspritze, die auch in der letzten Zeit von Hartgummi angefertigt wird, überein und hat den Vorzug, zur gehörigen Reinigung sehr leicht auseinander genommen werden zu können.[1]

---

[1] Sie wird auf meine Veranlassung von den hiesigen Instrumentenmachern A. & B. Schmeink angefertigt und auch en gros sehr billig verkauft.

Von der Ausstellung zu Kopenhagen.

Instrumente von Dr. August Reverdin (Genf).

Mit 7 Abbildungen.

a. Greffotom.

Die gewöhnliche Lanzette ist zur Formierung von Transplantationsstücken wenig geeignet. Bequemer erscheint mir hierzu folgendes Instrument.

Fig. 18.

Es ist einem Staarmesser ähnlich, aber auf einer Seite konkav ausgehöhlt, folglich ein Mittelding zwischen einem Messer und einem flachen Löffel mit schneidenden Kanten. Der Griff besteht aus zwei Platten von Schildpatt, die hinten durch ein Bleiklötzchen getrennt sind. Das letztere bewirkt, dafs das Instrument, wenn es hinfallen sollte, stets auf das bleibeschwerte Ende fällt, wodurch die Spitze vor dem Abbrechen bewahrt wird. Während bei den gewöhnlichen Lanzetten die beiden beweglichen Griffblätter beim Öffnen und Schliefsen auf der Schneide reiben, schützen die getrennten und fixierten Blätter des Griffes hier die Schneide.

Man operiert, indem man die Haut flach punktiert. Das abgeschnittene Hautstückchen bleibt flach in der Höhlung des Greffotoms liegen, von wo es mit einer Nadel auf die Wunde geschoben wird.

Die Kanten der Greffe sind schräge zugeschnitten und nicht gequetscht, was für ihre Adaptation und Entwickelung sehr günstig ist.

b. Herzförmige Pinzette.

Die Pinzetten, die zum Fassen und Hervorziehen gröfserer Tumoren, besonders aber von Cysten, gebraucht werden, haben zwei Fehler, sie zerreifsen oder gleiten ab. Diese Übelstände werden bei der in Fig. 19 abgebildeten vermieden.

Der weibliche Arm stellt einen herzförmigen Ring dar, der männliche eine herzförmige Platte mit einer konzentrisch gestalteten, erhabenen Backe, die etwas kleiner ist als der Ausschnitt des weiblichen Armes, so dafs eine Gewebslage zwischen beiden in geschlossenem Zustande Platz hat.

Es existieren 3 Gröfsen dieser Pinzette. Während die gröfste für Ovariotomien berechnet ist, möchte sich die kleinste bei Balggeschwülsten der Haut besonders bewähren.

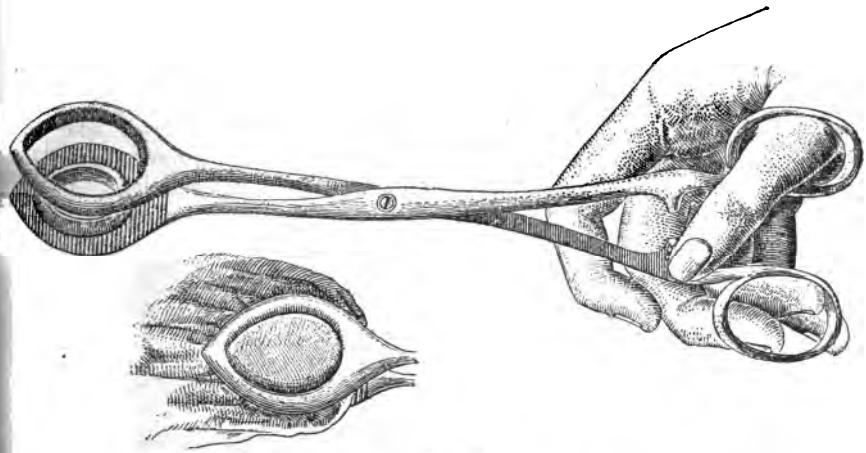


Fig. 19.

c. Pinzette in Brenneisenform.

Dieselbe ist bestimmt, gröfsere Gewebsflächen sicher zu fassen und zu halten, wenn diese letzteren rasch durchtrennt werden sollen, um dabei provisorisch die Blutstillung zu garantieren.

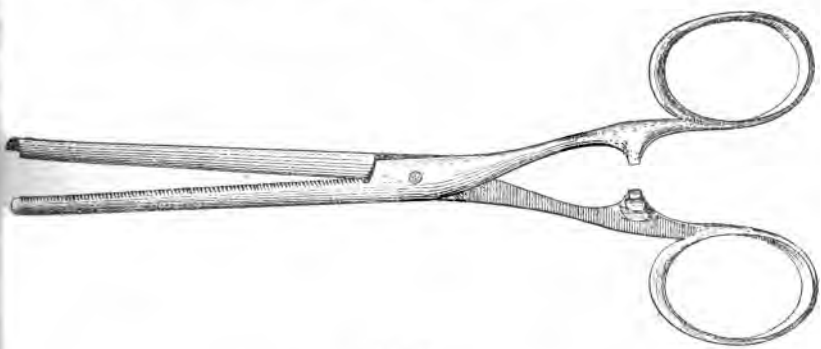


Fig. 20.

Ursprünglich für breite Uterusligamente bestimmt, können sie bei allen andern Operationen denselben Zweck erfüllen (z. B. bei Abtrennung grofser, gestielter Tumoren der Haut). Die beiden Arme sind 9—10 cm lang. Der eine stellt eine Halbrinne, der andre einen im Durchmesser etwas kleineren Cylinder dar.

Man sieht, es ist dem Brenneisen sehr ähnlich und begreift, dafs die zwischen konvexer und konkaver Fläche einmal gefafsten Gewebe gut komprimiert und gehalten werden, ohne Verletzungen und Zerreifsungen zu erleiden.

d. Neue Art der Eröffnung des Cuscoschen Spekulums.

Anstatt der langen, unbequemen Schraube, an der leicht Watte hängen bleibt, die den Eingang des Spekulums verengert oder am Perineum geniert, bediene ich mich eines starken Gummifadens. Die beiden Arme des Spekulums tragen je einen Einschnitt, der am Rande mit einem schmalen Halse beginnt und sich zu einem Loche von gröfserem Durchmesser erweitert.

Fig. 21.

Ich ziehe den Gummifaden in die Länge, wobei er sich entsprechend verdünnt, führe ihn durch den Hals und lasse ihn im Loche wieder frei, wobei er zurückschnellt, sich verdickt und dadurch den betreffenden Arm fest gegen den andern preſst.

Hat man also das Spekulum eingeführt und ihm mit der Hand die gewünschte Weite gegeben, so führt man den am hinteren Arm bereits hängenden Gummifaden durch den Einschnitt des vorderen,

zieht ihn nach Bedürfnis an und läfst ihn los. Man setzt so der elastischen Kontraktion der Vagina eine elastische Kraft entgegen, die man auf das einfachste nach Belieben abstufen kann.

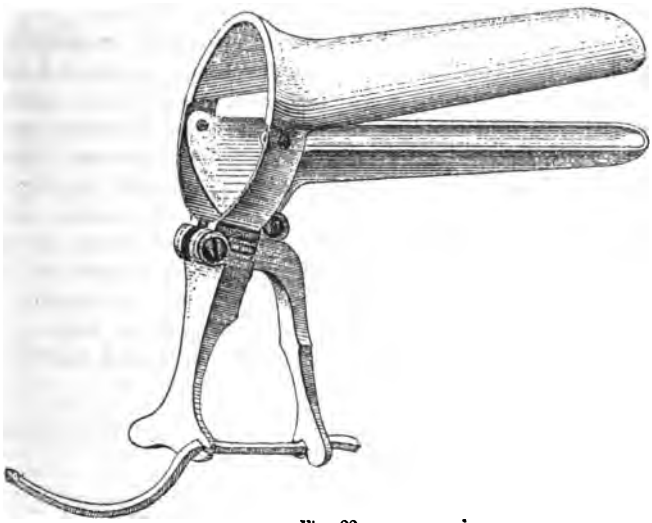


Fig. 22.

e. Pinzetten zur Operation der Phimosis.

Die beiden folgenden Instrumente dienen mir bei der Operation der Phimosis, bei welcher ich folgendermafsen verfahre.

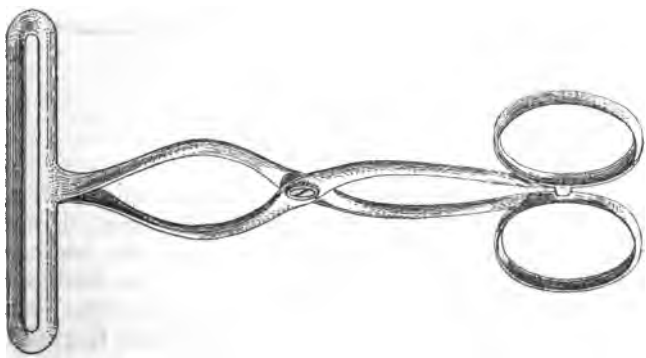


Fig. 23.

Man nimmt ein Stück wasserdichtes Zeug, 40 cm lang, 30 cm breit, macht dicht an einem Rande einen Scherenschnitt, nicht gröfser, als dafs der Penis knapp hindurchgeht. Dies schützt das

Scrotum vor dem Ätherspray und erleichtert nicht nur die Operation sondern auch die Nachbehandlung, indem das Zeug, später nach Art einer Rinne in den Hals einer Urinflasche gelegt, es dem Patienten ermöglicht, konstant die Rückenlage im Bette zu bewahren.

Mit dieser Pinzette, deren gefensterte T-Arme ganz parallel schliefsen, faſst man die sorfältig gereinigte und ausgespritzte Vorhaut oberhalb der Eichel in der gewünschten, schrägen Linie. Das abgeklemmte Vorhautstück wird mit dem Ätherspray rasch vereist und sofort durch einen Messerzug innerhalb des Fensters der Pinzette abgetrennt. Sodann spaltet man mit einer geraden Schere das innere Blatt bis 6—7 mm von der Corona glandis in der Medianlinie und von hier jederseits bis zum Bändchen, so daſs einige mm weit ein Kranz von Schleimhaut rund herum stehen bleibt. Nur in diesem Momente verspürt der Patient einen schwachen Schmerz. Sodann sind 4—5 Gefäſse mit dünnem Katgut zu unterbinden, wobei es gut ist, dieselben einige Minuten bluten zu lassen, um eine Nachblutung um so sicherer auszuschlieſsen, während die Wunde mit 3%igem Karbolwasser gewaschen wird.

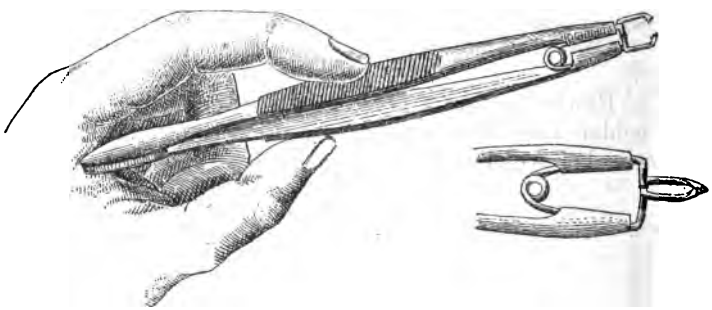


Fig. 24.

Ich bewirke die totale, absolute prima reunio mittels kleiner, in 5%iger Karbolsäure aufzubewahrender Serre-fines, deren 16—20 im Kreise die Wundränder zusammenhalten; sie bedingen keine Blutungen wie die Suturen und können selbst die blutigseröse Absonderung der Schnittflächen zurückhalten. Die leicht eintretenden Erektionen werden besser durch oft gewechselte kalte Karbolumschläge beseitigt, als durch Narcotica.

Um die Serre-fines leicht aufzusetzen ohne sich mit den eignen Fingern das Licht fortzunehmen, habe ich eine Pinzette (Fig. 24) konstruiert, deren Mechanismus leicht verständlich ist und die ebenso zum Abnehmen der Serre-fines dient.

Der Operierte hütet 3—4 Tage das Bett. Bei gröfserer Empfindlichkeit der Eichel trägt er einige Zeit einen Borsalbenlappen um dieselbe oder besser einen grofsen Kondom. Dieselbe schwindet übrigens rasch.

Referate.

In der *Deutschen Medizinalzeitung*. 1884. Nr. 39 veröffentlicht Dr. P. G. Unna, Hamburg, eine längere Arbeit über die Stauungsdermatosen des Unterschenkels und ihre Behandlung. Verfasser hebt hervor, dafs die Hautaffektionen des Unterschenkels eine ganz eigentümliche Physiognomie besitzen; sie zeigen stets eine dunklere cyanotische Färbung, eine besondere Neigung zu Hyperämien und Blutungen, eine Disposition zu eitrigem Zerfall des Gewebes, zu Ödemen und elephantiastischer Verdickung, zur Pigmentablagerung. Alle nehmen einen schleppenden chronischen Verlauf, setzen den Heilmitteln den gröfsten Widerstand entgegen und bilden sämtlich Ausgangspunkte für das gefürchtete Unterschenkelgeschwür. Wenn nun schon alle Dermatosen am Unterschenkel eine besondere Physiognomie besitzen, so gilt dies in erhöhtem Grade von denjenigen, bei welchen die venöse Stauung die Hauptursache darstellt. Es wäre daher ratsam, bei jedem derartigen Falle, den man in Behandlung nimmt, zwei Fragen getrennt sich vorzulegen: 1. Wie beseitigt man am besten die gerade vorliegenden Stauungssymptome? 2. Welche Lokalbehandlung erheischt der augenblickliche Zustand der Haut?

Als das beste Mittel, die Stauungserscheinungen zu beseitigen, erscheint zunächst die erhöhte Lage des Unterschenkels. Dadurch gehen dieselben wohl zurück, aber nur so lange, als die Füfse die erhobene Lage einnehmen; sofort beim Niedersetzen des Beines beginnt der Einfluſs des Blutdruckes und der Blutstauung sich wieder geltend zu machen. Die bessern Heilmittel bestehen in dem in verschiedenster Weise anzuwendenden äufsern Drucke. Die gewöhnlichste Form desselben ist die vom Fufs bis über die Wade regelrecht zirkulär angelegte Binde, bestehe diese aus Verbandmull, Trikotstoff, Baumwolle, Flanell oder andern für den Wasserdunst durchlässigen Zeugen. Dieselbe findet eine vielseitige Verwendung aber nur bei den allerleichtesten Formen yarikogener Dermatosen, so beim Stauungspruritus, bei einfachen Phlebektasien, Ödemen und als Prophylaktikum. Von weit besserer Wirkung sind jedoch die elastischen Druckapparate, und hier wäre zuerst der Gummistrumpf zu nennen. Die Form des Gummistrumpfes stellt jedoch einen ziemlich kostspieligen Dauerverband vor, der, ganz ungeeignet für die vielfältigen Bedürfnisse von Ekzemen und Geschwüren, höchstens dazu dient, ein Prophylaktikum bei Phlebektasien und Neigung zu Ödemen abzugeben. Von viel eingreifenderem Nutzen ist die elastische Binde, die das Prinzip der zirkulären Binde mit dem des elastischen Gummistrumpfes vereinigt. Doch auch ihre Wirksamkeit hat bestimmte Grenzen; ihre schwache Seite ist nämlich die Wasserdichtigkeit des elastischen Gummis. Sie kann daher nur dort gut vertragen werden, wo die Oberhaut trocken, schwer transpirierend, und die Haut wenig zu Erythemen neigt. Wo dagegen die Haut des Unterschenkels stark transpiriert, wo augenblicklich Ekzeme oder stark eiternde Geschwüre vorhanden sind, nützt die Gummibinde nicht nur nichts, sondern erzeugt fast regelmäfsig ein Ekzem, welches eine Änderung der Therapie erfordert. Aufserdem aber verfehlt sie ihren Zweck, wenn sie — nach dem augenblicklichen Gefühl des Patienten zu lose

angelegt wird. Dann treten die Nachteile derselben in der gehinderten Transpiration allein zu tage ohne die Vorteile. Sie wirkt dann eben nur wie ein feuchter Verband.

Wenn nun die elastische Binde den Anforderungen einer universell brauchbaren Bandage nicht entpricht, so hat Verfasser selbst eine Methode des Verbandes gefunden, welche sich in seiner Poliklinik als äufserst praktisch erwiesen hat. Dort gestaltet sich die Behandlung dieser Dermatosen in folgender Art: Nach einmaliger gründlicher Abwaschung des Gliedes mit Seifenwasser wird dasselbe bis auf das Geschwür dick mit erwärmtem Zinkleim angepinselt. Auf das Geschwür wird Jodoform aufgepudert und eine Lage von Watte gelegt. Sodann wird eine zweiköpfige feuchte Binde auf folgende Weise angelegt. Der Patient sitzt mit erhobenem Beine dem Arzt gegenüber. Dieser faſst mit beiden Händen die beiden Köpfe der Binde, so daſs die verbindende Brücke dem Geschwür gegenüber hinten an den Unterschenkel zu liegen kommt, wo sie sofort anklebt. Die beiden Köpfe werden dann nach vorne geführt, kreuzen sich über dem Geschwür, während die aneinander vorüberstreichenden Hände die beiden Bindenköpfe immer unter sich auswechseln und sie fest anziehen. Sodann wird eine zweite feuchte Mullbinde über die erste angelegt, die den Zweck hat, dünn bedeckte Stellen der ersten Bindenlage auszufüllen. Nach kurzer Zeit ist der Verband vollständig erhärtet und bleibt 2—4 Tage liegen. Je fester der Verband angelegt wird, um so gröſser ist der Erfolg desselben beim Abnehmen. Die Applikation der doppelköpfigen Mullbinde hat die absolute Permeabilität, die leichte Kombination mit guten Heilmethoden für Geschwüre und Ekzeme und eine weit gröſsere Wirksamkeit, Handlichkeit und Einfachheit vor dem Bayntonschen Heftpflasterverband voraus.

Die zweite Frage: welche Maſsnahmen verlangt der augenblickliche Zustand der Haut? muſs je nach dem vorliegenden Krankheitsbilde entschieden werden. Bei einfachen Phlebektasien, welche meistens nur zu Pruritus und leichten Ödemen führen, ist ein gut gearbeiteter Gummistrumpf am Platze. Man kann aber auch, wenn derselbe schlecht vertragen wird, seine Zuflucht zu solchen Mitteln nehmen, welche erfahrungsgemäſs erweiterte Venen zum Schrumpfen bringen.

Dies sind die Präparate des Ichthyols und der Hamamelis virginica, die man entweder als Salbe, oder auch innerlich verabfolgen kann.

℞ *Natr. sulfoichthyolici* 5,0
Pulv. et. extr. Alth. q. s.
ut f. pil. No. 50. D. S. tgl. 6—10 Pillen.

℞ *Natr. sulfoichthyolici* 10,0
Vasel. 90,0
M. f. ung. D. S. zur Einreibung.

℞ *Fl. extr. conc. Ham. virgin.* 5,0
Adipis 45,0
M. f. ung.

℞ *Fl. extr. conc. Ham. virg.* 50,0
D. S. 2sdtl. 20 Tr.

Die genannten Mittel sind bei weitem wirksamer als die gewöhnlichen Adstringenzien, vor allem als Bleiwasser, Goulardsches Wasser, Eichenrindenabkochung und andre tanninhaltige Mittel.

Wenn die Phlebektasien mit Ekchymosen oder gröſseren Blutergüssen kompliziert sind, ist das wirksamste Mittel die Arnica äufserlich oder innerlich angewandt, wie diese überhaupt bei sämtlichen Blutergüssen das beste symptomatische Mittel ist.

Verfasser wendet sich jetzt zu den Unterschenkelgeschwüren und weist darauf hin, daſs man zuvörderst das Geschwür selbst und dann sein Verhältnis zur Umgebung zu berücksichtigen hat. Der Angelpunkt zur Beurteilung des Verhältnisses zwischen Geschwür und Umgebung ist die Frage, ob die Haut der Umgebung frei oder verschieblich und wie verschieblich sie ist; alle übrigen Beziehungen sind von erheblich geringerer Bedeutung für die Heilung. Das Geschwür selbst präsentiert sich in vier verschiedenen Grundformen. Entweder

1. ist es angefüllt von nekrotischen Gewebsmassen, oder es zeigt 2. einen steil abfallenden aber nicht unterminierten Rand, 3. der Grund hat sich in Form üppiger Granulationen über das Niveau des Randes erhoben, 4. der Rand ist „kallös", trocken, unterminiert.

Ist das Geschwür schmierig belegt, so läfst man nach einer präparatorischen Reinigung mit heifsem Wasser und grüner Seife sogleich solche Medikamente einwirken, welche eine üppige Granulationsbildung bewirken und welche sämtlich einer Reihe oxydierender Heilmittel angehören: Sublimat, Chlorzink, Chlorkalk, chlorsaur. Kali, Jod, Jodblei, Jodoform, essigsaur. Thonerde, Wasserstoffsuperoxyd, übermangansaures Kali. Diese Mittel wären bei den beiden ersten Gruppen des Geschwüres in Anwendung zu bringen; ganz anders ist mit den Geschwürsformen der dritten Gruppe zu verfahren, bei welchen die Überhäutung wohl vorhanden, dagegen die Überhornung mangelhaft. Hier spielt der Höllensteinstift gewöhnlich eine grofse Rolle. Der gebildete Schorf hilft momentan allerdings bei der Überhornung. Aber indem die Zersetzungsprodukte der sofort abgeschiedenen Salpetersäure gerade wie diese wieder granulationsbefördernd wirken, kehrt sich die Nachwirkung des Lapis in ihr Gegenteil um, und die Folge ist, dafs wir den Stift immer wieder zur Hand nehmen müssen. Hier sind die reduzierenden Mittel am Platze und zwar Schwefel, die sulfoichthyolsauren Salze, das Resorcin und Pyrogallol. Diesen starken Reduktionsmitteln schliefsen sich an der Zucker, die Balsame, das Leinöl, der Teer. Schwefel und Zucker haben die hier so zweckmäfsige Pulverform, die ichthyolsauren Salze, Resorcin und Pyrogallol mögen in 5 bis 10prozentigen Salben auf Lint appliziert werden.

Berlin. HIRSCHFELD.

Karyokinese der Zellen der Malpighischen Schicht bei einigen pathologischen und experimentellen Läsionen. Vorläufige Mitteilung von Dr. SEBASTIAN GIOVANNINI (Bologna). (Aus dem Institut für allgemeine Pathologie [Prof. TIZZONI]).

Da man jetzt, nach dem Vorgange FLEMMINGS, ein sicheres Mittel hat, um aus den Metamorphosen, welche in der Kernstruktur vorkommen, in einem Gewebe die Vermehrung von dessen Elementen zu erkennen, so habe ich mir vorgenommen zu untersuchen, in welchen Veränderungen des Hautepithels eine solche Art von Proliferation sich vorfindet. Ich war überzeugt, dafs eine solche Untersuchung nicht nur dazu dienen würde, um uns zu zeigen, auf welche Weise dieses Epithel sich zu den verschiedenen Reizen verhält (was noch immer in der Physiopathologie des geschichteten Pflasterepithels eine ebenso interessante wie dunkle Frage bildet), sondern auch, um uns von jenen Ungewifsheiten zu befreien, welche immer noch über die Genesis und den physiologischen Ersatz des genannten Epithels herrschen. — In den bis jetzt gemachten Beobachtungen konnte ich in den Epithelzellen der MALPIGHIschen Schicht die bekannten Phasen der karyokinetischen Umbildungen bei zweierlei Läsionen auffinden: bei denjenigen nämlich, in welchen eine Reizung der Epidermis stattfand, und bei solchen, in welchen die Epidermis regeneriert wurde, wie in dem Fall von Kontinuitätstrennungen der Haut, in den begrenzten Zerstörungen der Hautepithelschicht durch pathologische Prozesse. So fand ich dieselben in den Zellen der MALPIGHIschen Schicht der normalen menschlichen Haut nach mehrmaligem Bestreichen mit Jodtinktur, und in der geröteten Haut, welche geeiterte venerische Bubonen bedeckte, bei Pityriasis rubra, bei Psoriasis, spitzen Kondylomen, bei Lupus, in einem Falle von Sarcoma cutis.

Beständig bemerkte ich die Existenz der Mitosis im Rete Malpighii am Rande von künstlich am Kaninchen durch die Galvanokaustik oder durch chemische Agenzien hervorgebrachten Wunden, sobald dieselben zu heilen begannen; ich fand sie auch am Rande einer linearen Wunde im Zustande der Vernarbung bei einem Manne. Ich konnte aufserdem noch die charakteristi-

schen Kernbewegungen der indirekten Teilung der Malpighischen Schicht in den Rändern von chronischen Geschwüren des Schienbeins, in den Rändern venerischer Geschwüre, in den geeiterten Knötchen der Haut bei erblicher Syphilis und in geschwürigen syphilitischen Gummigeschwülsten der Haut auffinden.

In denjenigen pathologischen Veränderungen der menschlichen Epidermis, und künstlich in der Epidermis des Kaninchens hervorgebrachten, bei welchen in den Zellen des Rete Malpighi auf Zerstörung derselben hindeutende Veränderungen auftraten (Bläschen, Pusteln), habe ich keine Karyokinese bemerkt, aber reichliche Infiltration von Exsudatzellen, und erst, wenn das Epithel zur Wiederherstellung hinzuneigen schien, bei der Verminderung der Infiltration der Exsudatzellen, fingen die karyokinetischen Figuren an zu erscheinen.

In allen angedeuteten Fällen umfafste die Mitosis die tieferen Zellen des Rete Malpighii, obgleich man sie nicht völlig aus den diesen Teil begrenzenden Zellen ausschliefsen konnte; sie erschien nicht gleichförmig in der Epidermis zerstreut, sondern gruppenförmig, da und dort vereinzelt. Ich füge noch bei, dafs ich die Mitosis des Hautepithels bei den angegebenen pathologischen und experimentellen Bedingungen in allen jenen aufsteigenden und absteigenden Phasen beobachtet habe, welche Flemming in allgemeiner Weise beschrieben hat in betreff der indirekten Kernteilung, ohne dafs ich eine beständige Orientierung dieser Figuren in bezug auf einen bestimmten Teil (z. B. auf die Oberfläche der Cutis) feststellen konnte.

Die bei obengenannten Untersuchungen gebrauchte Präparationsmethode war: Fixierung der Hautstücke sogleich nach dem Ausschneiden aus dem lebenden Körper, entweder im Gemisch von Osmium-, Chrom- und Essigsäure von Flemming oder in der Kleinenbergschen Pikrin-Schwefelsäure, oder in Müllers Lösung; Härtung und Aufbewahrung in Alkohol; Tinktion der aus freier Hand oder mit dem Mikrotom von Thoma gefertigten Schnitte mittels alkoholischer Safraninlösung, Hämatoxylin- oder Alaunkarmin.

In meiner ausführlichen Abhandlung, welche ich möglichst bald veröffentlichen werde, sollen eingehendere und umfassendere Notizen über diesen Gegenstand gegeben werden. (S.-A. *Centr.-Bl. f. d. med. Wiss.* 1885. No. 15.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Dänemark, Schweden und Norwegen.

Über die **Behandlung des subakuten Katarrhs des Blasenhalses mit Instillationen** nach Guyon schreibt Erik Pontoppidan (*Ugeskrift for Loger.* 1885. Nr. 18), dafs seine Resultate dabei sehr gut gewesen. Die Fortpflanzung einer akuten oder chemischen Urethritis zum Blasenhals ist, wenn akut oder subakut, ein ziemlich quälendes Leiden, welches sehr oft von dem Arzte unrichtig und besonders als Blasenkatarrh aufgefafst wird. Denn die subjektiven Symptome sind bei einer auf das Collum vesica begrenzten Lokalisation ziemlich dieselben und ebenso quälend wie bei einer universellen Cystitis, da von dem Kranksein dieser Region die Tenesmi vesicales abhängig sind. Wenn diese frequenten Tenesmi mit Blutung nach dem Urinieren und etwas getrübtem Urin wahrgenommen werden, werden öfters gewohnheitsgemäfs Milchkuren oder kohlensäurehaltige Getränke ordiniert, wodurch der Zustand verschlimmert wird. Denn das reichliche Milchtrinken führt zu einer vermehrten Diurese, und die Kohlensäurewasser haben nebenbei eine irritierende Wirkung auf die Nerven des Blasenhalses und vermehren die Tenesmi. Bei einem im

Blasenhalse lokalisierten Katarrh, wo also praktisch gesprochen der Urin sauer und während der Mitte des Urinierens klar ist, muſs der hyperämischen und erodierten, entzündeten Schleimhaut soviel Ruhe wie möglich gegönnt werden, weshalb man versuchen soll, die Diurese soviel wie nur möglich einzuschränken und die Tenesmi mit den bekannten Sedativis und Narcoticis zu bekämpfen. Wenn die Symptome doch nicht schwinden, wird eine energische lokale Therapie, wenn auch scheinbar mit der aufgestellten schonenden Behandlungsweise im Widerspruch, doch indiziert sein. Wie die Augenärzte sich bei einigen Opthalmoblennorrhöen nicht bedenken, das entzündete Lid umzukehren um lokale Applikationen vorzunehmen, werden auch hier die Übelstände, die mit einer Einführung von Instrumenten in die hyperämische, entzündete pars prostatica verbunden sind, ganz und gar durch die prompte, vorteilhafte Wirkung lokaler Mittel aufgewogen.

Durch einen Guyonschen Instillateur, wo das Kaliber der Sonde à boule am liebsten 16 bis 18 Charrière sein muſs, weil kleinere nicht deutlich genug die Passage durch die pars membrenacea fühlbar machen, und gröſsere unnützen Schmerz verursachen, werden 10 bis 20 Tropfen einer Höllensteinlösung (1 : 50) in die pars prostatica hineingetröpfelt. Schon nach ein bis zwei Instillationen, die jeden Tag gemacht werden können, sieht man gewöhnlich die Blutung nach dem Harnen nachlassen, die Tenesmi abnehmen, die Nächte werden minder qualvoll, und sehr oft schwinden die Symptome nach 4—6 Instillationen. In einem Falle, den Verf. referiert, wo ein Recidiv nach einiger Zeit auftrat, waren trotz stürmischer Symptome und sehr reichlicher Blasenhalsblutung zwei Instillationen jedesmal imstande, Besserung hervorzubringen, und 5—6 brachten die Blutung und Tenesmi ganz zum Schwinden.

Verf. meint deshalb auch, daſs selbst ziemlich stürmische und akute Fälle von Blasenhalskatarrh einer lokalen Therapie zugänglich sind.

Welander in Stockholm wirft die Frage auf: **Hat die Gonokokkenlehre unsre therapeutischen Erfolge gegen Gonorrhöe verbessert?** und meint dieselbe verneinend beantworten zu müssen. Um gonokokkentötende Mittel rationell anwenden zu können, müsse man erstens wissen, wo im Gewebe die Gonokokken leben und sich vermehren, zweitens wie man das Mittel daselbst applizieren könne, und drittens, welche Mittel wirklich gonokokkentötend seien. Was die erste Frage betrifft, meint Welander gegen Bockhart, daſs die Gonokokken wenigstens im Anfang der Infektion in der oberflächlichen Schicht der Schleimhaut leben, was er teils mikroskopisch nachweist und teils daraus schlieſst, daſs eine abortive Behandlung im Laufe der ersten Tage möglich ist, was nicht erklärlich wäre, wenn die Gonokokken, wie Bockhart sagt, in den Lympfgefäſsen unter der Schleimhaut sich aufhielten und vermehrten.

Eine Behandlung mit gonokokkentötenden Mitteln wäre dann möglich, wenn der Prozeſs noch in der Urethra anterior lokalisiert ist. Wenn aber Prostata, Vas deferens und Epididymis, die Gelenke auch ergriffen werden, wenn überhaupt, wie es scheint, die Gonokokken nicht so lokalisiert in der Urethralschleimhaut sich aufhalten, sondern Tendenz haben, vielleicht in die Lymphbahnen sich weiter vorzudrängen, würde eine universelle Behandlung rationell sein, etwa in dem Sinne, wie wir Jodkalium gegen ein wenn auch ganz vereinzelt stehendes Gumma geben. Leider besitzen wir noch keine Kenntnis von Mitteln, welche eine solche universelle gonokokkentötende Wirkung haben. Es wird dann noch übrig sein, durch lokale Applikationen zu versuchen, ob die mehr weniger allgemein als mikrobentötende Mittel anerkannten Stoffe auch gegen Gonokokken wirksam sind.

Verf. hat nun in einer ganzen Reihe von Fällen solche Mittel angewendet, während er die Menge der Gonokokken stetig kontrollierte. So hat er Jodoform durch Wochen als Schmelzbougies gebraucht, ohne den Gonokokkengehalt

wesenlich herabzusetzen. Dasselbe gilt für Injektionen von Benzoesäure (1 — 1000), übermangansaures Kali, Borsäure, Salicylsäure und Jodkalium. Sublimat, das speziell mikrobentötende Mittel, hat er nach LEISTIKOW in einer Lösung von 1—20000, und dann auch, wenn es vertragen wurde, in stärkeren Konzentrationen bis 1—2000, endlich als Sublimatbougies angewandt, ohne aber eine besondere Abnahme der Gonokokkenmenge im Sekrete nachweisen zu können.

Verf. kommt dadurch zu dem wenig tröstlichen Resultate, dafs wir von den genannten mikrobentötenden Mitteln nichts erwarten können, sondern die alte, empirische Methode mit adstringierenden Einspritzungen u. s. w. nach wie vor in Ehren halten müssen, bis einmal ein merklich gonokokkentötendes Mittel aufgefunden wird.

Aus dem *Berichte der Poliklinik für Haut- und venerische Krankheiten im Kommunehospital zu Kopenhagen* (Dr. ERIK PONTOPPIDAN) entnehmen wir folgende therapeutische Bemerkungen. Die **Psoriasisbehandlung** mit Chrysarobin-Traumaticin (nach AUSPITZ) erwies sich als eine eben so prompt wirkende wie für ambulatorische Kranke geeignete Methode. Die Psoriasisplaques schwanden gewöhnlich schon nach 8—10 Pinselungen mit Hinterlassung leukodermartiger, weifser Flecken von einer violettgefärbten Zone umgeben. Die unangenehmen Beiwirkungen des Chrysarobins wurden sehr wenig bemerkt, auch bei ziemlich ausgedehnten Applikationen im Gesichte und Haarboden.

Wenngleich die gonorrhoische **Epididymitis** sich nicht besonders zur ambulatorischen Behandlung eignet, wurde doch eine solche mit verhältnismäfsig gutem Resultate versucht. Aus 91 Fällen von Epididymidis wurden 35 mit dem von HORAND-LANGLEBERT angegebenen und von ZEISSL modifizierten Suspensorium behandelt, indem über einer reichlichen Wattepackung mit Mackintosh bedeckt ein leinenes gut angepafstes Suspensorium angelegt wurde, welches bis zwei Wochen ungewechselt getragen wurde. Es zeigte sich, dafs, wenn auch die schwereren Fälle von Epididymitis von einer ambulatorischen Behandlung ausgeschlossen sind, eine solche in leichteren Fällen sehr gut vertragen wird. Auch scheinen sie nicht sehr viel länger zu dauern oder beschwerlicher zu verlaufen als beim Betthüten.

Über die **exspektative Behandlung von Syphilis** hat Verf. schon vor zwei Jahren einige Untersuchungen angestellt (siehe diese *Monatshefte*. 1883. S. 246), indem er durch eine statistische Zusammenstellung von Fällen, welche schon von dem ersten Erscheinen der Primarsklerose merkuriell behandelt wurden, mit solchen, welche erst nach dem Ausbruche konstitutioneller Symptome merkuriell behandelt waren, und endlich mit einer Reihe von auch im ersten Teil der sekundären Periode exspektativ behandelten Fälle als Resultat fand, dafs die Einwirkung des Merkurs ziemlich gering war, und dafs die Syphilis wenigstens während ihres ersten, typischen, subakuten Stadiums wie die andern kontagiösen, exanthematischen Krankheiten ihren Verlauf nimmt, ohne besonders durch Specifica beeinflufst zu werden.

Verf. hat nun diese Untersuchungen weiter geführt, indem er während der Hälfte der Zeit seiner Leitung der Poliklinik, vom Herbst 1882 bis Frühjahr 1884, in anderthalb Jahren prinzipiell alle Fälle von Syphilis exspektativ behandelte, um eine Vergleichung mit den merkuriell behandelten durchführen zu können. In vielen Fällen wurde eine konsequente exspektative Therapie mit genügender Observation von den praktischen Verhältnissen vereitelt. Doch wurde ein ziemlich grofses Material schliefslich zusammengebracht, indem 43 Männer, 7 Weiber und 1 Kind durch die ganze sekundäre Periode, von dem ersten Erscheinen der Induration an gerechnet, exspektativ behandelt wurden, während 139 Männer und 54 Weiber bei späteren Ausbrüchen ebenso behandelt wurden.

Die Resultate waren, kurz resumiert: Die Einwirkung des Merkurs auf das allererste, typische Eruptionsstadium der syphilitischen Eruption ist gering. Wenn aber die Krankheit über die erste, mehr ephemere Roseolaeruption hinüber ist und ihre chronische Natur durch mehr persistierende Infiltrate, papulöse Formen und die andern vielfachen Symptome zu erkennen gibt, zeigt der Merkur eine evidente, oft frappante Wirkung. Auch glaubt Verf. aus dem späteren Verlauf der Krankheit bei seinen exspektativ behandelten Patienten deduzieren zu können, dafs die Krankheit als solche, ohne Rücksicht auf den Grad der Akuität der Symptome, eine wenigstens einmal ganz durchgeführte Kur, eine Sättigung des Organismus mit dem Merkur indiziert, wenn die Kranken nicht späteren schweren Zufällen anheimfallen sollen. Die Meinung, dafs die Syphilis, wenn die Symptome unter exspektativer Behandlung ganz geschwunden sind, auch geheilt wäre, ist falsch, wie Verf. durch späteres Schicksal seiner Patienten beweist. Eben Fälle, welche unter indifferenter Behandlung sehr milde verlaufen und jahrelang keine Symptome zeigen, können schliefslich cerebralen oder andern gefährlichen, tiefen Lokalisationen der Krankheit unterliegen.

Kopenhagen. E. Pontoppidan

England.

Hutchinson (*Brit. Med. Journ.* 1885. March 14.) erwähnt die Geschichte eines Falles, der durch den innerlichen Gebrauch von **Arsen** von einem hartnäckigen **Lupus erythematosus** ganz befreit war. Das As war zuerst inkonsequent genommen und blieb erfolglos. Dann war es während 15 Monaten beständig gegeben und zwar in steigenden Dosen, obwohl es inzwischen einen Zoster und Reizung der Conjunctiva verursachte. 8 Monate später konstatierte H., dafs blofs dünne Narben, ohne Verdickung oder rote Säume zurückblieben.

Lane (*Path. Soc. Lond.* 1885. Jan. 20.) stellte Präparate von einem achtwöchentlichen Kinde vor, das der **Syphilis congenita** erlegen war. Hüft-, Knie- und Schultergelenke auf einer Seite und beide Ellbogen waren mit Eiter angefüllt. Die Epiphysenlinie und Synovialmembran waren gesund. Im oberen Lappen einer Lunge wurde ein Gumma entdeckt und am unteren Ende des Humerus eine Erweichung. Die Rippen waren rachitisch.

Als **Antiphlogisticum bei akuten Hautkrankheiten** preist Spender (*Practitioner.* 1885. März) das früher von Cheadle und M. Morris gegen akutes Ekzem empfohlene Antimonium Tartaratum, gibt jedoch gröfsere Dosen, nämlich 0,005 jede zweite Stunde, die ganz gut ertragen werden sollen.

Radcliffe Crocker schreibt (ebenda) über die **innerliche Anwendung von Terpentinöl bei Hautkrankheiten.** Er hat dieses Mittel in 30 konsekutiven Fällen von Psoriasis vulg. angewendet ohne irgend gleichzeitige lokale Therapie und findet, dafs in einigen Fällen die Krankheit vollständig zurücktrat, während bei andern dies nur bis zu einem gewissen Grade geschah, wonach lokale Therapie zu Hilfe gezogen werden mufste, um die Kur zu vollenden. Auch bei Ekzem, wie es bei sonst scheinbar gesunden Personen vorkommt, hat es sich als sehr wirksam erwiesen. In zwei Fällen von Karcinom linderte es wenigstens den Schmerz und verzögerte den Fortschritt des Neugebildes. Kontraindikationen sind Alter unter 5 Jahren, ungesunde Nerven und Blase, Dyspepsie (obwohl nicht immer), Gicht und die in deren Gefolge auftretende mangelhafte Exkretion. Er fängt mit Dosen von 0,6 ter pro die an, die letzte Dose ist nicht später als 6 p. m. zu verabreichen, damit das Terpentinöl nicht die ganze Nacht in der Blase verweilt; auch mufs zur Schonung jenes Organs viel Wasser resp. Gerstenwasser getrunken werden.

Manchester. Brooke.

Frankreich.

Erythème polymorphe infectieux. — Rhinosklerombacillen. — Mikroorganismen des Erysipels. (Original-Korrespondenz).

Die letzte Zeit brachte uns zahlreiche Arbeiten auf dem Gebiete der Dermatologie. An ihre Spitze setzen wir die wichtige Monographie von Dr. Paul Mahon de Molènes über das polymorphe Erythem.

Nachdem alles berichtet worden, was wir dem Studium dieser Affektion Hebra verdanken, setzt Mahon de Molènes meisterhaft die Ansichten auseinander, die, basiert auf die Polymorphie des Exanthems, in betreff der nosologischen Unterabteilungen aufgestellt worden sind. Indem er darauf zu den Theorien bezüglich der Ätiologie übergeht, bespricht er so kurz wie möglich den arthritischen oder rheumatischen Ursprung gewisser Formen, sowie die Analogien mit den akuten Exanthemen bei andern Formen, die nach den neuesten Theorien als Angioneurosen als Infektionskrankheiten aufzufassen sind, und zeigt so, dafs das polymorphe Erythem nicht weniger fragwürdig ist in bezug auf seine Pathogenie als in betreff seiner Nosographie.

Das Verdienst dieser Arbeit besteht aber nicht blofs in der Anordnung des Stoffes, in der Präzisierung der streitigen Fragen, in der Verdichtung der früheren Arbeiten. In einem wichtigen Kapitel betont de Molènes die Allgemeinerscheinungen und die Eingeweidesymptome des polymorphen Erythems, denen von Hebra nur eine untergeordnete Bedeutung zugemessen war. Er zeigt uns, dafs eine grofse Zahl polymorpher Erytheme nichts Andres sind als kutane Erscheinungen einer infektiösen Krankheit, die noch nicht klassifiziert, aber unzweifelhaft vorhanden ist, und die er vorschlägt, als infektiöses polymorphes Erythem zu bezeichnen. Diese Arbeit, in der Besnierschen Abteilung unternommen, ist ausgezeichnet durch grofse Klarheit und Vorsicht in ihren Aufstellungen. Wir konnten die Beobachtungen kontrollieren, die in dieser Arbeit niedergelegt sind, und müssen gestehen, dafs wir von der Reihenfolge von polymorphen Erythemen mit infektiösem Zusammenhang, die im Laufe der Arbeit zur Beobachtung gelangten, frappiert waren. Wir haben auch mit dem Autor konstatieren können, dafs das polymorphe Erythem nicht immer auf dieselbe Weise sich entwickelt, und dafs neben diesen sehr schweren Fällen andre existieren, wo die Allgemeinerscheinungen fehlen und die Krankheit sich nur durch die Hautsymptome bemerklich macht, welche mit Unrecht in die Klasse der rheumatischen Dermatosen gesetzt werden wegen der schmerzhaften rheumatischen oder besser rheumatoiden Begleiterscheinungen.

Neben dem gutarigen polymorphen Erythem, charakterisiert durch typische erythematöse Plaques, einige Bläschen, mäfsiges Jucken und fortdauerndes gutes Allgemeinbefinden, beschreibt de Molènes ein schweres Erythem mit seinen drei Perioden: den Prodromen, der Eruption und der Resolution oder Verschlimmerung. Die erste, von 4—6 Tagen Dauer, ist charakterisiert durch eine Reihe allgemeiner Störungen, wie sie bei allen fieberhaften Exanthemen beobachtet werden. Gastrointestinalsymptome, respiratorische Symptome: Schnupfen, Nasenbluten, Laryngitis, Bronchitis, Schweifse, Alpdrücken, Halluzinationen und Somnambulismus (Lewin), Fieber etc. Die zweite Periode, die der Eruption, charakterisiert sich durch die von Hebra so gut beschriebenen Flecke und Papeln, die an den Handrücken und den Handgelenken auftreten, durch Knoten an den Unterschenkeln, durch Bläschen etc., die den ganzen Körper und selbst die Schleimhäute befallen können und meistens mit der Resolution endigen, hin und wieder aber auch mit schweren Komplikationen, die den Tod vor dem Ende der Eruption herbeiführen. Die allgemeinen Erscheinungen werden intensiver während der Eruptionsperiode, ihr typhoider Anschein würde die Infektionstheorie nach Art des von Prof. Fournier beschriebenen syphilitischen Typhoides zu unterstützen scheinen; sie bedeuten die schädliche Aktion des infizierten Blutes und die Alteration des Nervensystems. Endlich kommt die dritte Periode, während

welcher die Phänomene verschwinden und nur im Niveau der Plaques eine etwas pigmentierte Färbung der Haut zurücklassen; oder die Krankheit wird chronisch (besonders die bullöse Form), um einen jährlichen Typus (PIFFARD) beim Beginn des Herbstes anzunehmen oder 2, 6, 12 Monate und selbst 5 Jahre (HUTCHINSON) zu dauern; oder die Szene ändert sich und macht nicht geraden Komplikationen sondern Lokalisationen Platz: zerstreuten bronchopneumonischen Herden in beiden Lungen, auf dem Endocardium, der Pleura (G. SÉE); die zahlreichsten im Niveau der Gelenke gehen den Herzerscheinungen voraus. Die letzteren werden mit Unrecht dem Rheumatismus zugeschrieben, wie DE MOLÈNES nach BOUCHARD und G. SÉE richtig beobachtet; durch ihren regen Charakter und ihren bestimmten Sitz sind sie dem Erythem eigentümlich, auf ähnliche Weise wie die Gelenkaffektionen bei Scharlach, Dysenterie und Gonorrhöe. Übrigens affizieren diese sehr heftigen Schmerzen die der Eruption benachbarten Gelenke und ergreifen vorzugsweise die untern Extremitäten mit der Papeln-Knötchen-Form; sie haben nicht die Mobilität und Generalisation des Rheumatismus, verschwinden oft vor dem Ende der Eruption und gehen ihr oft voran. Die Herzerscheinungen sind sehr häufig (LEWIN), die öftere Auskultation ist notwendig; sie bestehen in Pericarditis, Endocarditis verschiedener Intensität, selbst in einfachem Exsudat auf der Serosa, analog dem der Haut, mit dem sie verschwindet; endlich in sehr schweren Fällen beschleunigt Myocarditis den fatalen Ausgang. Man hat als Affektion notiert: Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Bronchopneumonie, Ödem und Kongestionen der Lunge, Miliartuberkulose der Pleura, Lunge (HEBRA), der Pia mater (ÖHME); Angina, Pharyngitis, Diarrhoe, abgegrenzte Darmeruptionen (HEBRA, NEUMANN), Ulcerationen (DALQUARDSEN); Albuminarie (BOUCHARD), und zwar eben so häufig wie die Herzerscheinungen, die, und zwar besonders in den bullösen Formen, mit den Hauterscheinungen zu alternieren scheinen; endlich periodische Nierenblutungen (KAPOSI), Blasenkatarrh, Ikterus, Epistaxis, Conjunctivitis (LEWIN), Peritonitis, Meningitis, Phlebitis, Abscesse, Furunkeln, endlich Erysipelas.

Nach einer so vollständigen Symptomenreihe des Erythema polymorphum schien die Aufgabe des Nosographen beendet; aber nicht so bei DE MOLÈNES, der in seinem wichtigen Kapitel alle diagnostischen Schwierigkeiten bespricht. Alle Infektionskrankheiten zeigen im Anfang eine Familienähnlichkeit, in den ersten Stunden bis zu den ersten Tagen, so die Rubeola, Variola, Scarlatina, Erysipelas, Typhus. Zahlreiche Dermopathien haben mit den verschiedenen Formen des Erythema polymorphum, wenn sie isoliert sind, grofse Anologien. So könnte man die papulöse Form mit der papulösen Syphilis verwechseln; ebenso im Anfang Variola oder Variolois, wenn das Erythem vom Gesicht abwärts steigt: Urticaria und besonders die febris urticans bullosa; HEBRAS Prurigo (NEUMANN), Roseola annularis syphilitica, Psoriasis circinnatus, Herpes tonsurans, HEBRAS Ekzema marginatum, Erythema annularis iris; die Knötchenform mit der einfachen Kontusion; das chronische Ekzem der untern Extremitäten bei strumösen, schlecht menstruierten, im Stehen arbeitenden Frauen (BESNIER), mit einer Dermahypodermitis gummosa der untern Extremitäten, mit sekundären Symptomen der Syphilis (BESNIER[1] MAURIAC[2]) bei jungen prädisponierten Subjekten, die die vorgeblichen ulcerierten erythematösen Knötchen zu erklären geeignet sind, wie es KAPOSI bewiesen. Die vesikulöse und bullöse Form des Erythema polymorphum können mit Herpes Zoster, verschiedenen Pemphigus und verschiedenen Hautaffektionen verwechselt werden, in denen sich sekundäre Blasen entwickeln (Ekzema rubrum bullosum, Acne bullosum, Urticaria bullosa, verschiedene Varietäten von Toxikodermen, Impetigo herpetiformis, medikamentösen bullösen Eruptionen). Infektionskrankheiten, wie die des Puerperium,

---

[1] Siehe: *Traduction des Leçons cliniques* de KAPOSI, notes des traducteurs. p. 382—383.
[2] *Annal. de dermatologie.* Juillet 1880.

Septikämie, Rotz, Typhoid, Typhus, Cholera, Blennorrhöe, Sumpfkrankheit (VOLQUARDSEN), werden oft von Hautmanifestationen begleitet, die meistens alle morphologische Charaktere zeigen, die man dem Erythema papulosum zuschreibt; daher entsteht die Notwendigkeit, nach einer dieser Krankheiten bei den von Erythema polymorphum befallenen Patienten zu suchen. Wir bedauern mit DE MOLÈNES die Ähnlichkeiten oder Identitäten, die man zwischen Dengue Akrodynie, Pellagra (LEWIN, ÖHME, GALL) und Erythema polym. festgestellt hat, von denen wir persönlich, zumal für die ersteren, die Differential-Charaktere feststellen konnten, und von denen die beiden letztern sich durch Ätiologie und Symptome unterscheiden.

Wir haben schon im Anfang ein Wort über die verschiedenen Ursachen und die Pathogenie dieser Affektion gesagt. DE MOLÈNES hat in seiner Arbeit die drei hauptsächlichen Theorien auseinandergesetzt, und wir sind ihm dankbar wegen einer sehr schönen Analyse der angio-neurotischen Theorie von LEWIN. Diese Arbeit bezeichnen wir als das Prägnanteste und Bestgeschriebene über Erythema polymorphum. Die These des Dr. MARQUET, bald nachher über denselben Gegenstand geschrieben[1], kommt zu denselben Schlüssen, und geht von einer Beobachtung aus, die im Hospital Necker unter Dr. RIGAL gemacht wurde. So verhalten sich die beiden hauptsächlichen dermatologischen Arbeiten, die ich den Lesern mitteilen zu müssen glaubte. —

Das Laboratorium unsers gelehrten Prof. CORNIL weist neue Untersuchungen auf über die Mikroorganismen des Rhinoskleroms, deren Resultat er in der Sitzung vom 31. März der Académie de Médecine vorlegte. Unter diesem Gesichtspunkt zuerst von FRICH, PELLIZARI und CHIARI studiert, ist sie kürzlich von PAYNE und SEMON wieder aufgenommen, welche die Mikroorganismen nicht gesehen haben. Ebenso erging es CORNIL in einer Untersuchung, die er vor 18 Monaten machte. Aber anders gestaltete sie sich bei einem jungen Manne aus Südamerika (im Laboratorium mit Herrn ALVAREZ), der an VERNEUIL adressiert war. Der Träger eines Tuberkels der Nasenscheidewand im Beginn, wurde er mehreren Ärzten des Hospitals St.-Louis vorgestellt, deren Meinung geteilt war. Die Untersuchung eines Stückes der Geschwulst bestätigte, dafs es sich um ein Rhinosklerom handle, und an neuen Präparaten von 4 Stücken des Herrn ALVAREZ und des von VERNEUIL genommenen Fragments konnte man die Mikroorganismen, aufser der ganz charakteristischen Struktur des von HEBRA und KAPOSI so gut beschriebenen Neoplasma, erkennen.

Wenn man als färbenden Stoff das Violett 6 B anwendet, in dem die Schnitte 24 Stunden lang eingetaucht bleiben, dann durch Jodsolution entfärbt und das Präparat durch Alkohol und Nelkenöl aufhellt, so sieht man kurze Stäbchen von $2^1/_2$—3 μ Länge bei 0,4—0,5 μ Breite. Die Stäbchen zeigen stärker gefärbte Körner, die Sporen gleichen und vom Rande der Stäbchen überragt werden. Aber man erkennt ihre Form erst, wenn man die Schnitte während 24 Stunden in einer Solution von $2^1/_2$% Violett 6 B. gefärbt und dann während 48 Stunden in absolutem Alkohol entfärbt hat. Sie zeigen sich dann unter der Form von sehr regelmäfsigen Ovoiden, deren Peripherie von einer schön ausgebildeten, leicht blau violett gefärbten Kapsel gebildet ist. Im Zentrum der Kapsel befindet sich das Stäbchen, das bald homogen und glatt, bald aus 2—3—4 runden oder eiförmigen Körnern gebildet ist. Um das Stäbchen befindet sich immer eine helle Zone. Viele dieser eingekapselten Stäbchen sind frei im Gewebe, zwischen den Fibrillen des Reticulum, um die grofsen Zellen herum, in den Räumen des Reticulum oder in den lymphatischen Gefäfsen des oberflächlichen oder tiefen Teils der Cutis. An den so erhaltenen Präparaten kann man feststellen, dafs diese eingekapselten Bakterien frei sind und dafs sie mit ihrer Kapsel den Ort verändern. Diese sehr zahlreichen Bakterien ver-

[1] *Essai sur la nature et la symptomatologie de l'Erythème polymorphe, grave ou infectieux*, d'EDGARD MARQUET. (179 pages) Libr. OLLIER HENRY; rue de l'Ecole de med. 13.

einigen sich bisweilen 2 und 2 durch Fusion der sie umgebenden Kapsel. Die beiden Stäbchen, die jeder der so verbundenen Kapseln gehören, sind isoliert. Bisweilen vereinigen sich auch mehrere Bakterien; ihre peripherische Substanz verschmilzt in eine unregelmäfsige Figur. Diese Anhäufungen sind mehr oder weniger regelmäfsig sphäroid. In den lymphatischen Wegen bilden die Bakterien längs der Wand eine Einfassung (Leisten), im Kontakt mit den endothelialen Zellen. Einige sind frei im Kanal, man findet sie auch bisweilen in den Blutgefäfsen des Tumor. Aus dieser Beschreibung von Cornil geht hervor, dafs diese Bacillen besondere Reaktion und eigne Form und eine harte Kapsel besitzen und bis jetzt die einzigen kapsulierten sind, die man in pathologischen Läsionen fand. — Dieses Neoplasma recidiviert gewöhnlich nach der Wegnahme; indem er dieselbe aber mit der Kauterisation durch das cauterium actuale kombinierte, hat Alvarez, der in Südamerika eine grofse Anzahl derselben beobachtete, mit Glück die Bildung von Narbengewebe bewirkt; man verbessert so den Zustand der Kranken, aber die Affektion dauert dennoch aufserordentlich lange. —

In einer neueren Sitzung der Akademie (12. Mai) hat Cornil bei Gelegenheit einer Diskussion über antiseptische Verbände das Resultat seiner Untersuchungen und Erfahrungen über die Mikroorganismen des Erysipelas mitgeteilt, dessen durch Hueter, Nepveu, Örtel, Orth, Recklinghausen und Lukomsky entwirrte Ätiologie von Fehleisen definitiv festgestellt worden. Nachdem er kurz daran erinnert, dafs eine mehr oder minder grofse Quantität von runden Mikroben gewöhnlich 2 und 2 vereinigt in gekrümmten Ketten in den Zwischenräumen, die die Hautbündel trennen, in den lymphatischen Gefäfsen, in den Fettzellen der Haut, im subkutanen Bindegewebe vorkommen, setzt er auseinander, dafs diese Mikroben in das Blut, in den Urin, in die kongestionierten oder pneumonischen Lungen gewandert sind; ebenso in die Meningen, auf die Oberfläche der Nierenzellen, in die hyalienen Cylinder in den Blutgefäfsen der Niere, kurz überall, wo das Erysipel eine Komplikation herbeiführte. Die von Fehleisen und Rosenbach gemachten Kulturen sind mit Erfolg wiederholt. Die fast allgemeine Gutartigkeit des medizinischen Erysipels, der Mangel an Tödlichkeit in den von Fehleisen inokulierten, zeigen die geringe Giftigkeit dieser Mikroben. Anders ist es beim chirurgischen und puerperalen Erysipel, denn aufserhalb des abnormen Terrains, das der Kranke darbietet, findet sich der Streptococcus des Erysipels im Moment, wo die Ansteckung stattfindet, gemischt mit denen der Eiterung oder des Puerperalfiebers, wie eine Untersuchung von Cornil beweist, bei der er aufser dem Mikrococcus des Erysipels den Staphylococcus aureus (der Osteomyelitis) fand. In der That kann man neben den Mikroben des Erysipels die von Pasteur, d'Ogston, den von Rosenbach kultivierten Staphylococcus aureus und albus begegnen, ohne die von Passet bezeichneten Organismen und die ganze Reihe der fötiden Bakterien zu rechnen. Daraus wird sich aufser dem Erysipel eine schwerere pyämische oder septikämische Krankheit ergeben. Existiert nun eine Analogie zwischen dem Streptococcus erysipelatosus und dem Strept. pyogenes? Ja, sagt Rosenbach; die eine bildet Figuren, analog einem Farrenkrautblatt, die andre einem Acaciablatte. Die Unterschiede sind von Passet kritisiert, die Untersuchung der Kettchen unter dem Mikroskop, die subkutane Injektion bei den Tieren bewirkt dieselben Figuren und dieselbe Phänomene. Aber gewifs ist das Erysipel immer durch einen Streptococcus verursacht, dessen Sitz im Bindegewebe, im Lymph- und Blut-Plasma vollkommen bekannt ist. Man kann die Variationen erklären durch den Grad der Varietät des Erysipels, durch die Addition von verschiedenen Bakterien, die sich mit denen des Erysipels verbinden. In diese Kategorie würden auch die Eruptionen rangieren, die gewissen Traumatismen folgen, und die sehr interessanten Beobachtungen vom puerperalen Erysipel durch Dr. Hervieux. Diese bemerkenswerte Mitteilung möge die Reihe der dermatolo-

gischen Ephemeriden beschiefsen, auf die ich heute die Aufmerksamkeit Ihrer Leser zu richten wünsche.

Paris. Dr. Emile Renouard.

Verschiedenes.

Stocquart empfiehlt beim **Ekzem der Ohrmuschel** innerlich Chrysarobin 0,02—0,5 pro die. (*Journ. de méd. Bruxelles.* 1884. Nov.)

Neunter internationaler medizinischer Kongrefs in Washington 1887. Das Komittee der Sektion für Dermatologie und Syphilis (Sektion 11) ist folgendermafsen konstituiert: Hardaway (St. Louis), Präsident; Duhring (Philadelphia), Hyde (Chicago), White (Boston), Vicepräsidenten; van Harlingen (Philadelphia), Sekretär. Aufserdem noch: Atkinson (Baltimore), Bulkley, Keyes, Fessenden, Taylor (New-York), Wigglesworth (Boston), Jarrow (Washington).

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur.

Remak, *Zur Pathogenese des peripherische Fascialparalysen gelegentlich complicirenden Herpes Zoster.* Sep.-Abdr. *Centrlbl. f. Nervenheilk.* No. 7. 1885.

Schütz, *Über Quecksilberchloridharnstoff, ein neues Antisyphiliticum.* Sep.-Abdr. *Deutsche mediz. Wochenschr.* No. 14. 1885.

Grünfeld, *Die Lokalbehandlung bei Syphilisformen. Wiener Klinik.* März 1885.

A. Kollmann, *Der Tastapparat des Fufses von Affe und Mensch.* Sep.-Abdr. *Arch. f. Anat. u. Physiol.*

Shoemaker, *The treatment of Diseases of the skin by novel Means and Methods.*

— *The Oleates.*

Jackson, *Canities.* Repr. *Journ. of cut. and ven. Dis.* III. 2.

Payne, *Report of the Department for Diseases of the skin in St. Thomas-Hospital.* 1883.

Verhandlungen der Berliner med. Gesellschaft von 1883—1884. Bd. XV. Sep.-Abdr. der *Berl. klin. Wochenschr.*

Pospelow, *Cas rare d'une Dystrophie de la peau.* Repr. *Annales de derm. et de syph.*

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Sendungen sind an einen der Herausgeber oder an die Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 18 zu richten.

Inhalt: George Thomas Jackson, Der gegenwärtige Stand der Dermatologie in den Vereinigten Staaten. — A. J. Munnich, Zur abortiven Behandlung der Urethritis. (Mit 1 Abbildung.) — Instrumente von Dr. August Reverdin. (Mit 7 Abbildungen.) — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.** — **Verschiedenes.**

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. **Richter** in Hamburg.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 7. Juli 1885.

Die Flohlarve als Pseudoparasit des Menschen.

Von

Primararzt Dr. R. Bergh
in Kopenhagen.

(Mit 5 Abbildungen.)

Siebold hat schon längst hervorgehoben[1], dafs sich aufser den verschiedenen, beschriebenen, wirklichen, tierischen Parasiten des Menschen, besonders aus älteren Werken, eine ganze Reihe von sogenannten Pseudoparasiten zusammenstellen läfst. Hierzu müssen solche Tiere gerechnet werden, die ganz zufällig mit dem Trinken, Essen, oder durch verschiedenartige Unreinlichkeit in die Luftwege, die Verdauungshöhle, die Blase oder auf die Oberfläche des Körpers geraten können, die aber dort ihre Existenz weder längere Zeit fortsetzen, noch sich fortpflanzen können, selbst wenn sie, wie einzelne von ihnen, auch sonst infolge ihrer Natur, wirkliche, auf andre Geschöpfe angewiesene Parasiten sind. Hierhin gehören vor allem die verschiedenen Fliegen (Dipteren), Maden (Oestrus, Lucilia[2]) etc. etc., von deren Vorkommen an diesen Orten auch hier im Lande mehr oder weniger apokryphe Mitteilungen vorliegen. In der älteren, so unkritischen medizinischen Litteratur findet man aufserdem zahlreiche Referate über eine Menge verschiedenartiger

[1] Rud. Wagner, *Handwörterb. der Physiol.* Bd. II. 1844. S. 683.

[2] Larrey berichtet (*Rélation histor. et chirurg. de l'expédition de l'armée d'Orient en Egypte et en Syrie.* 1803. p. 116) von den Plagen und Zerstörungen in Wunden, welche während des orientalischen Feldzuges von Larven einer wahrscheinlich mit den Lucilien verwandten Fliege hervorgerufen wurden. Mégnin (*Les parasites et les mal. parasit.* 1880) u. a. scheinen Larreys Mitteilung übersehen zu haben.

Tiere, von denen angenommen worden ist, dafs sie durch Niesen, Brechen, Stuhlgang oder Urinieren ausgeworfen sind, trotzdem alle diese Geschöpfe schwer infolge ihrer Natur in den Organismus hineinkommen können und sozusagen nie als Schmarotzer würden leben können. Als Endo-Parasiten beim Menschen haben in dieser Weise nicht allein Würmer, Spinnen, entwickelte Insekten und Schnecken figuriert, sondern auch Frösche, Salamander und Eidechsen.

Der hier in Frage kommende Parasit gehört zu den ungewöhnlichsten, zu denen, die nur ausnahmsweise auf und in dem Menschen vorkommen, und von dessen Vorkommen es uns bis jetzt fast an jeder Beobachtung gefehlt hat.[3]

Die Komplikation einer Hautkrankheit mit Flohlarven scheint bis jetzt nicht gesehen oder wenigstens nicht beobachtet, oder von den Ärzten beschrieben worden zu sein; doch sollte man glauben, dafs Fälle wie derjenige, den ich weiter unten mitteilen werde, öfters in den Landdistrikten vorkämen, und in den armen Quartieren, wo die gewöhnlichen Hautparasiten häufig genug zu finden sind, und wo die Unreinlichkeit so günstige Bedingungen abgibt für leichte Fortpflanzung und Entwickelung. In den vielen (fast 20) Jahren, die ich auf dem Almindeligt Hospital Patienten mit parasitären Hautkrankheiten behandelt habe, die hauptsächlich zu den geringeren Klassen gehörten, habe ich nie eine solche Komplikation gesehen, wobei man sich aber erinnern mufs, dafs der behandelnde Arzt gewöhnlich diese Patienten erst nach dem Bade sieht, welches sie wohl zum gröfsten Teil von Parasiten der besprochenen Sorte befreit hat. HEBRA mit seiner kolossalen Erfahrung bemerkt, und vielleicht noch nur nach KÜCHENMEISTER[4], dafs man Floheier auch unter den Nägelrändern schmutziger Individuen gefunden hat; er sagt aber nicht, dafs er Larven dieser Parasiten bei Hautkrankheiten vorgefunden habe.[5]

Vom verstorbenen Distriktsarzt Dr. CASTENSCHJOLD in Nestved empfing ich anfangs September 1879 nach und nach mehrere Flaschen mit Sand, Schmutz und lebenden „Würmern", aufgesammelt auf dem

---

[3] RUD. LEUCKART, unbestreitbar der gründlichste Kenner der Parasiten des Menschen, und besonders in litterar-historischer Hinsicht, hat mir mitgeteilt, dafs er weder ein Analogon zu dem hier mitgeteilten Falle, noch überhaupt einen irgend gleichen Parasitismus von Flohlarven beim Menschen kenne. Dagegen hat er einmal bei einem grindigen Hunde in und unter den Schuppen hunderte von kleineren und gröfseren Flohlarven gesehen, von Pulex serraticeps (P. Gerv.) (aber keine Puppen). Der Fall ist nicht publiziert, sollte aber aufgenommen werden in dem nicht erschienenen dritten Bande seines grofsen Parasitenwerkes, welches die parasitischen Insekten und Arachniden hätte behandeln sollen. KÜNCKEL hat (*Observat. sur les Puces. Ann. de la Soc. entomol. de France.* 5. Sér. Vol. III. 1873. p. 129—142. pl. 6) einige sonderbare Fälle mitgeteilt, in welchen Hunde ganz mit Flöhen und Schuppen bedeckt waren; doch scheint er nicht Larven an denselben vorgefunden zu haben, sondern auch hier dieselben nur wie gewöhnlich in dem Kehricht vom Fufsboden in demselben Zimmer gefunden zu haben.

[4] KÜCHENMEISTER, *Die Parasiten.* 1855. S. 454.

[5] HEBRA und KAPOSI. *Hautkrankheiten.* II. 1876. S. 717.

Fufsboden und im Bette einer Patientin. Ähnliche befanden sich auch auf und zwischen den Schuppen, mit denen ihr ganzer Körper bedeckt war. Aus unsrer Korrespondenz über diese Patientin kann folgende Krankengeschichte zusammengestellt werden:

Birthe S. aus Skuldby in der Nähe von Nestved, eine 40jährige, dem Trunk ergebene, sehr unreinliche, alleinwohnende Arbeitsfrau, hat viele Jahre an Psoriasis gelitten, weswegen sie auch vor mehreren Jahren einige Wochen in dem Kommunehospital zu Kopenhagen behandelt wurde. Ihr Hautleiden hatte in dem letzten Jahre sehr zugenommen und sehr dicke Schuppenschichten erzeugt. Diese hatten ein bedeutendes Jucken hervorgerufen, so dafs sie sich oft bis aufs Blut kratzte. In der letzten Woche hatte sie in den abgeriebenen Schuppen und selbst in den Kratzwunden lebende „Würmer" gefunden, und solche brachte sie in einer Flasche zum Arzt, gemischt mit Psoriasisschuppen, Sand und Schmutz. Da der Arzt darauf die Patientin in ihrem aufsergewöhnlich schmutzigen Hause besuchte, zeigte die auf meine Aufforderung hin vorgenommene Untersuchung ihres Körpers an mehreren Stellen auch die kleinen Tiere in den Schuppen und wunden Stellen; und die Untersuchung des Sandes auf dem Fufsboden zeigte ähnliche Tiere, die auch aufgesammelt wurden. Man fand sie auch in ihrem Bette, das aufserdem auch eine Menge Flöhe enthielt. — Patientin bekam eine andre Wohnung, andre Kleider und einige Bäder, und damit war diese Komplikation ihres Leidens vorüber. Da sie mich einen Monat später hier auf dem Alm. Hospital aufsuchte, hatte sie wie gewöhnlich nur Psoriasis punctata und nummulata.

Die oben genannten Tierchen wurden gleich erkannt als Maden (Dipterlarven), und meine erste Vermutung, sie gehörten der gewöhnlichen Flohlarve (Pulex irritans, L.) an, erwies sich als richtig, da ein paar Tage später lebhaft springende Menschenflöhe in einem Glase waren, in welches man etwas Sand vom Fufsboden gelegt hatte, welcher auch einige Puppen enthielt.

Die Larven dieses Tieres, welches infolge theosophischer und theologischer Auffassung früherer Tage ebenso wie verschiedene andre Parasiten geschaffen war, um die Menschen an ihre Sünden zu erinnern, sind schon seit der Kindheit der zoologischen Wissenschaft Gegenstand der Beobachtung gewesen, ohne aber dafs man heutzutage viel mehr von der Entwickelung dieser Larve weifs, als was den alten Untersuchern Leuwenhoek[6], Roesel[7] und Ch. de Geer[8] bereits bekannt war, die eine so grofse Freude an ihren naiven, aber wahren und ehrlichen biologischen Untersuchungen und Betrach-

[6] Leuwenhoek, *Arcana nat. epist.* 76. 1695. p. 35, 353—375. Tab. Fig. 1. 17. 18.

[7] Roesel, *Insekten-Belustig.* II. 1749. *Mucken und Schnacken.* S. 9—24. Tab. II. Beschreibung des so bekannten als beschwerlichen Flohes.

[8] de Geer, *Mém. pour servir à l'histoire des Insectes.* VII. 1778. p. 11—13. Pl. 1. Fig. 3—5.

tungen hatten. Spätere Beobachtungen von DUGÉS[9], WESTWOOD[10] und zuletzt MÉGNIN[11] haben eigentlich nichts Besonderes hinzugefügt zu der Kenntnis der Entwickelungsstadien der Flöhe, nicht einmal eine gute Abbildung dieser Larve; erst TASCHENBERG[12] hat eine recht sorgfältige Beschreibung derselben gegeben, aber auch keine gute bildliche Darstellung von ihr, noch weniger von dem hauptsächlichsten Detail, von dem Bau der Larve.

Die untersuchten Larven sind von wechselnder Länge, 0,25–0,4 cm; die Farbe ist weifslich. Sie bestehen aus einem Kopf und 13 Gliedern, die mit Ausnahme des letzten fast homodynam sind (Fig. 25). Der Kopf (Fig. 26, 27) ist von ovalem Umrifs, ein wenig schmäler, und im ganzen kleiner als die übrigen Glieder. Er trägt auf dem hintersten Teil des Scheitels ein eignes (provisorisches) Organ, einen kurzen, vorn etwas höheren und hier steil abfallenden, scharfrandigen Kamm (Fig. 26), am Grunde umgeben von einer schwachen Einsenkung. Das Organ dient der Larve, die

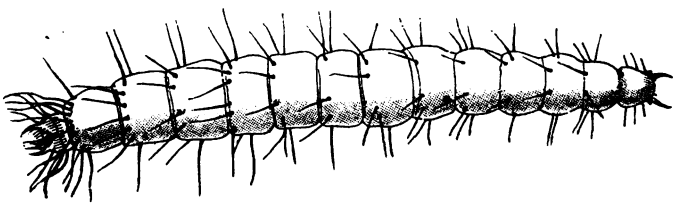


Fig. 25.

Eierschale durchzuschneiden.[13] Auf den Seiten sind mehrere, gewöhnlich drei, feine Haare (Fig. 26) und auf der Unterseite mehrere ähnliche, vorn gewöhnlich vier und hinten ebenfalls meistens vier (Fig. 26, 27)[14, 15]. Von den Seiten der Stirngegend schiefsen die ziemlich kurzen Antennen hervor; dieselben sind zweigliedrig. Das basale Glied ist kurz, dick, am Grunde von mehreren (meistens acht) im Ringe stehenden abgerundeten, kleinen Knoten umgeben.[16] Das Endglied ist viel länger als das vorige; es zeigt oben eine ringförmige, chitinöse Verdickung, welche ein Glied simuliert, und oben

---

[9] DUGÉS, *Rech. sur les caractères zoolog. du G. Pulex. Ann. des sciences natur.* XXVII. 1832. S. 145—165. (156). Pl. IV.

[10] WESTWOOD, *An introduct. to—insects.* II. 1840. p. 491—492. Fig 123,12—15

[11] MÉGNIN, *Les parasites et les mal. parasit.* 1880. p. 60. Fig. 22.

[12] O. TASCHENBERG, *Die Flöhe.* Mit 4 Taf. 1880. S. 28—31. Taf. IV. Fig. 30.

[13] Das Organ hat also eine ganz ähnliche Bedeutung wie die provisorische Hornspitze auf dem Schnabel des Hünchens, und wie ähnliche Bildungen bei andern, besonders niederen Tieren.

[14] Fig. 26 zeigt den Kopf von der Seite mit Kamm, Fühlhörnern, Oberlippe, Kinnbacke und Unterkiefer mit seinem Fühler.

[15] Fig. 27 zeigt den (ein wenig platt und nach hinten gedrückten) Kopf von unten; zuoberst die Oberlippe, dann das Vorderende der Unterkiefer mit ihren Fühlern, und hinten sowie drinnen vor denselben die etwas verschobenen Kinnbacken, und endlich die Unterlippe (und tiefere dem Schlunde angehörige Teile).

[16] Ein einzelner von diesen Knoten, welcher zufällig gröfser gewesen, ist von ROESEL und WESTWOOD für ein Auge genommen worden. Augen kommen nicht vor bei den Larven.

und unten von dieser ein paar feine, hervortretende Punkte; auf dem Rande der Endfläche trägt sie mehrere (gewöhnlich fünf bis sechs) kleine Spitzen, und auf ihrer Mitte eine feine, bewegliche, durchsichtige, kleine Borste (Fig. 26). Am Vorderende und an der Unter-

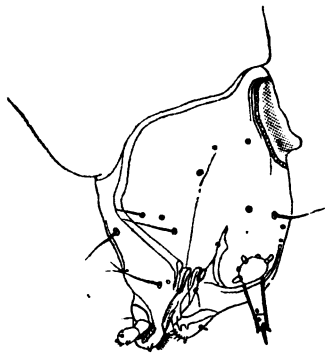


Fig. 26.

Fig. 27.

seite des Kopfes zeigen sich die Mundteile. Die Oberlippe ist abgerundet, ein wenig ausgeschweift in der Mitte, und trägt vier kleine Dornen. Die Kinnbacken (Mandibeln) sind bräunlichgelb, zugespitzt, die Spitze gebogen und fein fünfzähnig. Die Kiefer (Maxillen) sind sichelförmig, stärker im vordersten Teil, und da besetzt mit zahlreichen, dichtstehenden, feinen Zacken; nach aufsen trägt jeder Kiefer eine zweigegliederte Palpe, deren Endglied ein wenig

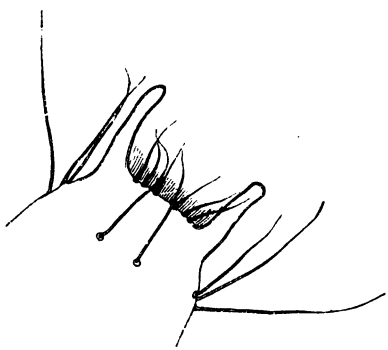


Fig. 28.

länger ist als das Grundglied, und an der Spitze mit einigen (gewöhnlich vier) kurzen Dornen besetzt ist. Die Unterlippe ist zungenförmig, vorn schmäler und am Ende geteilt; ihr scheinen Fühler ganz zu fehlen. — Der Körper des Tieres (Fig. 25) ist fast

cylindrisch, nur wenig abgeplattet und besteht aus 13 Segmenten. Jedes Segment trägt an seinem hintersten Teil im ganzen Umfange, und ungefähr in einem Kreise stehend, einige lange, dünne Borsten (Fig. 25), gewöhnlich ungefähr zehn bis zwölf; an den vordersten Gliedern ist die Zahl gewöhnlich geringer, auf dem vorletzten (Fig. 29)[17] bisweilen gröfser. Das letzte Glied ist kleiner als die übrigen, von abweichender Form und Bau; die Zahl der Borsten auf demselben ist gröfser, und das Glied setzt sich auf jeder Seite oben (Fig. 29) in ein, ein wenig krummes, fast (Fig. 28) immer stark zugespitztes Horn fort, welches an seiner Wurzel eine Menge kleiner

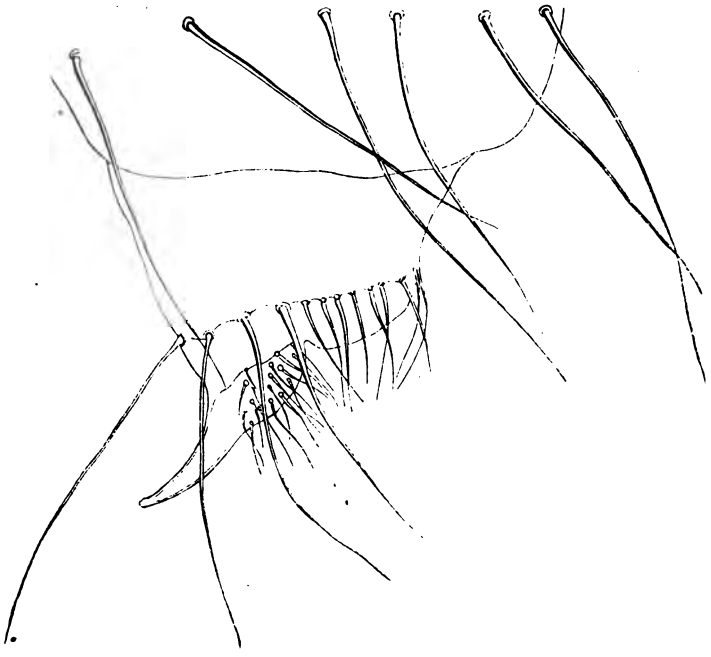


Fig. 29.

Haare trägt (Fig. 29). Die Hörner bilden das hauptsächlichste Bewegungsorgan der Larve. Zwischen und unter diesen Hörnern ist der Anus. Auf den Seiten der Glieder, ausgenommen das zweite, dritte und letzte, sind die Löcher zum Atemholen (Stigmata). Die Larven sind peripneustisch. Es mufs aber dahinstehen, ob die Atemlöcher wirklich offen sind.

[17] Fig. 28 zeigt den Hinterteil von oben, und Fig. 29 das letzte Glied vom Tiere von der Seite. — Fig. 25—29 sind (vom Verf.) gezeichnet mit Cam. luc., Fig. 25 bei einer 55fachen, Fig. 26, 27 und 29 bei einer 350fachen Vergröfserung.

Die wenig untersuchten Puppen zeigten Spuren von dem, erst von L. Dufour nachgewiesenen Cocon von feinen Fäden und und haben übrigens schon die Form von dem entwickelten Tiere.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Schankerbubonen.

Von

Prof. Dr. V. Janowsky,

Vorstand der dermatologisch-syphilidologischen Klinik an der böhmischen medizinischen Fakultät in Prag.

In der Arbeit Funks (*Über Schanker-Bubonen* in *Monatshefte für prakt. Dermat.* IV. Bd. 4. Heft. 1885), in welcher anschliefsend an die Arbeit Strauss' (Vortrag in der Société de biologie, mitgeteilt in *Annales de dermatologie et syphilographie.* Tom. VI. No. 1. S. 6) die Frage der Schankerbubonen kritisch besprochen wird, formuliert der Verf. die Schankerbubonenfrage in folgender Art und Weise: Kann ein Bubo unter dem Okklusivverbande schankrös werden oder nicht? F. beantwortet diese Frage auf Grundlage seines Materials mit „nein." Ich hatte bereits vor dieser Zeit, da ich bei Behandlung der Bubonen ausschliefslich Okklusivverband anwandte, mich mit der Frage eines Einflusses dieser Okklusivverbände auf die Heilungsdauer der Bubonen beschäftigt, angeregt hierzu durch die gediegene, in dieser Zeitschrift mitgeteilte Arbeit Petersens (*Monatshefte für prakt. Dermatologie.* II. 10. 1883). P. wies nämlich darauf hin, dafs bei seinen mit Okklusiv- und Dauerverbänden behandelten Patienten die Durchschnittszahl der Krankentage, vom Zeitpunkte der Operation bis zur Heilung des Bubo gerechnet, 23,3 beträgt, und dafs der antiseptische Okklusivverband daher als ein die Behandlungsdauer von Bubonen abkürzender Verband anzusehen sei, der auch zugleich allen Komplikationen, wie Fistelgängen etc. die Stirn bietet. Ich kann das Urteil P.s (dies sei vorweg gesagt) nur bestätigen. 102 Fälle der Schankerbubonen, welche von Ende Oktober 1882 bis Ende Mai 1885 auf der von mir geleiteten Abteilung des Prager Allgemeinen Krankenhauses mit antiseptischen Okklusiv- und Dauerverbänden behandelt wurden, ergaben ein fast gleiches Resultat. Es ergab sich für eine Reihe von $2^3/_4$ Jahren, vom November 1882 bis Dezember 1884, bei 78 mit Okklusivverbänden behandelten Bubonen eine Durchschnittszahl von 23,5 Tagen, wie dies aus einer von einem meiner Sekundärärzte verfafsten Arbeit hervorgeht. Also schon mit Rücksicht auf die Arbeit

Petersens, mit deren Ergebnis sich die von uns erzielten Resultate vollständig decken, übergebe ich hiermit unsre Beobachtungen der Öffentlichkeit. Zuerst soll über die Methodik unsrer Verbände berichtet werden, welche sich streng an die Grundsätze der Antiseptik anschliefsen, dann die statistische Zusammenstellung mit Bezug auf die Heilungsdauer ihren Platz finden. Zuletzt soll auch die von Funk aufgeworfene Frage über das Verhältnis der Okklusivverbände zu Schankerbubonen an der Hand des uns zur Disposition stehenden Materials eine Beantwortung finden. Bemerkt mufs hier noch werden, dafs in den oben erwähnten 102 Fällen blofs diejenigen einbegriffen sind, welche im Krankenhause behandelt wurden und daher genau kontrolliert werden konnten. Die in der poliklinischen Praxis behandelten Fälle, sowie Fälle aus der Privatpraxis wurden nicht mit einbezogen, da eine genaue Kontrolle in diesen Fällen nicht möglich ist und hiermit der Wert der Beobachtungen, namentlich mit Rücksicht auf Petersens Arbeit, bedeutend herabgesetzt würde.

Was die Methoden anbelangt, welche wir bei der Behandlung der Bubonen anwandten, so unterschied sich die Vorbereitung zur Operation in nichts von dem heute allgemein üblichen antiseptischen Verfahren. Eine gründliche Reinigung der Hände des Operateurs, der Assistenten, des Wachpersonals, ein sorgfältiges Abrasieren der Schamhaare, eine Desinfektion des Operationsgebietes mit Karbol- oder Sublimatlösungen nach vorhergegangener Waschung mit Seife und Äther, eine gründliche Desinfektion sämtlicher angrenzenden Partien geht der betreffenden Operation stets voran. Ebenso werden die Instrumente nach den allgemein üblichen Regeln desinfiziert.

Was die Operation selbst anbelangt, so zogen wir einen ausgiebigen langen Schnitt, welcher parallel mit der Richtung des Poupartschen Bandes verlief, allen übrigen Methoden vor, nachdem ja hierdurch einer Stagnation der Sekrete am ehesten vorgebeugt wird und auch für die nach der Eröffnung vorzunehmenden Exegesen eine Übersicht der Abscefshöhle dringend notwendig ist. Gewifs hat sich in diesem Punkte in der auf Strauss' Vortrag folgenden Diskussion Diday mit Unrecht über die „coups de sabre de 4 ou 5 centimetres" lustig gemacht. — Nachdem die Eröffnung der Höhle des Bubo vorgenommen wurde, ziehen wir es in solchen Fällen, wo die Ränder unterminiert sind, und wo man nicht hoffen darf, dafs sich dieselben im weiteren Verlaufe anlegen, vor, dieselben sofort mit der Cooperschen Schere abzutragen, wobei eine häufige Irrigation des Operationsfeldes mit Karbol oder Sublimatlösung stattfindet. Zeigte sich nun bei der Operation, dafs die Drüse vielfach zerklüftet ist, oder zeigen sich spärliche Reste der Drüse, so wenden wir stets den scharfen Löffel an, mittels welchen die Drüsenreste entfernt werden. Nachdem diese Entfernung oder eventuell die Abtragung der Ränder vorgenommen war, wird die

Abscefshöhle mittels eines in 5% Karbollösung getauchten Watte-Tampons gründlich desinfiziert und eine neuerliche vorsichtige Untersuchung mit der Sonde vorgenommen, um sich von der etwaigen Anwesenheit von fistulösen Gängen zu überzeugen, welche dann sofort gespalten werden. Eventuelle starke Blutung wird durch Irrigationen von kalten Karbollösungen oder mittels Auftupfen mit Salicylwattetampons oder karbolisierten Schwämmen gestillt und nun zur Anlegung desjenigen Verbandes geschritten, welcher in dem speziellen Falle seine Anwendung finden soll. Nebenher will ich noch bemerken, dafs die Punktion des Bubo in dem Sinne, wie dieselbe früher ausgeübt wurde, auf unsrer Klinik fast nie in Anwendung kommt, blofs in jenen Fällen, wo sich eine auf die Drüse selbst beschränkte Eiterung nachweisen läfst und der periadenitische Prozefs noch nicht weit vorgeschritten ist, wo die Haut noch beweglich ist — wird die Punktion mit nachfolgender Einlegung von Jodoformgelatinebacillen ausgeübt, ganz im Sinne jener Indikationen, welche Auspitz (*Wiener Klinik.* 1875. XII. Heft, *Die Bubonen der Leistengänge und ihre Behandlung*) aufstellte.

Die einzelnen Verbandmethoden, wie sie nun in Verwendung kamen, sind folgende:

a. Jodoformverband.

Nach Stillung der Blutung wurde die Wundhöhle entweder mit fein pulverisiertem Jodoform eingestreut oder mit 50% Jodoformgaze ausgefüllt, hierauf die Krüllgaze mit einer die Wunde überragenden Schicht von Jodoformgaze bedeckt. Hierauf kommen einige Lagen von Salicyl- oder einfacher entfetteter Brunsscher Watte und sämtliche Lagen werden mit Billroth-Battist, demjenigen Stoffe, welcher sich uns als der billigste und beste impermeable Stoff zur Deckung bewährte, bedeckt. Hierauf wird mittels appretierter Mullbinden eine Spica coxae angelegt, welche in kurzer Zeit einen ziemlich starren Verband liefert. — Über den Verbandwechsel wollen wir uns später auslassen und hier nur bemerken, dafs wir die in früherer Zeit geübte Drainage der Bubonenhöhle in neuerer Zeit bei ausgiebigem Schnitte vollkommen verlassen haben.

b. Sublimatverband.

Der Sublimatverband wird in einer Reihe von Fällen angewendet und hierbei teilweise die von Bruns angegebene Modifikation mittels Sublimatholzwolle benutzt. Die zu Irrigationen und zur Reinigung gebrauchte Lösung war die Kochersche Normallösung von 1 pro 1000. Der Verband wurde nun in folgender Art und Weise angelegt. Nach Eröffnung der Abscefshöhle und eventueller Desinfektion der Wandungen und der Basis derselben wurde Sublimatkrüllgaze als erste Schicht verwendet, welche somit in unmittelbare Berührung mit der Wunde kam. Hierauf wurde ein entsprechendes grofses

Polster von länglicher Form, mit Sublimatholzwolle gefüllt, gelegt. Die Herstellung dieser Polster geschah in der von LEISRINK für Torfmoospolster angegebenen Weise, nur mit dem Unterschiede, dafs die Holzwolle in Sublimatgaze eingelegt wurde und zwar mittels antiseptischen Nähmaterials. Über das Polster von Sublimatholzwolle kam nun eine Lage von Sublimatwatte oder entfetteter BRUNSscher Watte, und der weitere Verband wurde ebenso vollführt, wie bei der Anwendung des Jodoformverbandes.

c. Der Torfmoosverband.

Bekanntlich war es LEISRINK, welcher das Torfmoos (Sphagnum) in die antiseptische Therapie einführte (siehe LEISRINK, MIELCK u. KORACH, *Der Torfmoosverband.* Hamburg 1884). Wie bekannt, ist die Aufsaugefähigkeit des Torfmooses eine ziemlich grofse, und es übertrifft dasselbe nach den Erfahrungen LEISRINKS die Holzwolle und den Torf in diesem Punkte um ein bedeutendes. Was die Art und Weise der Benutzung des Torfmooses anbelangt, so wurde das Torfmoos in Kissen eingenäht ähnlich der Sublimatholzwolle und der Verband in der Art und Weise appliziert, dafs nach den vorhergegangenen, schon früher beschriebenen Exegesen die Wunde mit Jodoform eingestreut wurde, worüber dann unmittelbar das Torfmoospolster zu liegen kam. Der weitere Verband war analog wie bei der ersten Verbandmethode, indem über das Polster einige Lagen Watte kamen, welche dann in Mullbinden in Form einer Spica cuxae fixiert wurden.

d. Moostorfverband.

Nachdem NEUBERT (*Anleitung zur Technik der antiseptischen Wundbehandlung und des Dauerverbandes.* Kiel 1883. Seite 16) über seine Erfahrungen mit dem Torfmoose berichtet hatte und auf den günstigen Einfluſs dieser Verbandmethode sowie auf die besondere Eignung des Torfmooses für Dauerverbände hingewiesen hatte, wurde von uns auch eine Reihe von Versuchen mit diesem Verbandmittel angestellt und können wir für gewisse Fälle, wie wir dies noch später erwähnen werden, uns nur günstig über diese Verbandmethode aussprechen. Übrigens hat auch schon NEUBERT bei den Inguinalbubonen diesen Verband angewendet, und zwar führt derselbe 2 Fälle auf S. 124 und 126 seiner statistischen Zusammenstellung auf, wo einmal in 21 Tagen, das andre Mal in 12 Tagen eine Heilung der eröffneten Inguinalbubonen erfolgte. — Was die von uns benutzte Methode der Anlage dieses Verbandes anbelangt, so streuten wir, nachdem mit der KOCHERschen Sublimatlösung eine Irrigation der Wunde unter antiseptischen Kautelen stattgefunden hatte, und nachdem die Blutung gestillt war, die Abscefshöhle mit schwarzem Torfpulver ein, worauf ein mit Sublimatwasser angefeuchteter gemischter Moostorf oder Torfmull als Füllungsmaterial der Polster verwendet wurde, welche dann in ähnlicher Art und Weise appli-

ziert, mit Wattelagen bedeckt und mit Mullbinden befestigt wurden, wie dies schon früher beschrieben wurde.

Was den Wechsel des Verbandes anbelangt, so wurde der Verband dann gewechselt, wenn die Kranken über Schmerzen klagten oder wenn die Temperatur anstieg, oder endlich wenn die Sekrete durchschlugen. In andern Fällen bleibt der Verband 8 Tage, ja bis zu 12 Tagen liegen. Die Erneuerung des Verbandes geschah unter denselben Kautelen wie die erste Anlegung.

Was nun die Dignität der einzelnen Verbandmethoden anbelangt, so ist es immerhin schwierig, sich darüber ein Urteil zu bilden bei einem verhältnismäfsig beschränkten Materiale von 102 Fällen. Es wird noch vieler Beobachtungen bedürfen und der Durchführung der antiseptischen Okklusivverbände in noch viel gröfseren Beobachtungsreihen, ehe man ein endgültiges Urteil über den Wert einzelner Methoden wird fällen können. Dafs Okklusivverband im Sinne Petersens einen bedeutenden Fortschritt in der Behandlung der Bubonen bildet, darüber besteht wohl bei denjenigen Beobachtern, welche, wie dies auf unsrer Klinik geschieht, jetzt ausschliefslich mit Okklusivverbänden behandeln und in früheren Jahren den langsamen, schleppenden und Komplikationen jeder Art, namentlich der Fistelbildung ausgesetzten Verlauf der Bubonen bei früheren Behandlungsmethoden kennen gelernt haben, kein Zweifel. In dieser Hinsicht ist wohl die fast vollständige Kongruenz, wie wir dies noch weiter unten sehen werden, in der statistischen Zusammenstellung Petersens und in unsern Ergebnissen beweisend. Es wird sich zugleich aus einer kleinen Zusammenstellung, in welcher ich die Heilungsdauer der Bubonen bei der Behandlung früherer Zeiten auf Grundlage des Materials des Prager allgemeinen Krankenhauses zusammenstellen will, ergeben, wie grofs der Unterschied in dieser Richtung ist.

Was die einzelnen erwähnten Verbandmethoden anbelangt, so hat sich uns der Jodoformverband, welchen wir in einer grofsen Anzahl von Fällen anwandten, ferner der Torfmoosverband in der besten Art und Weise bewährt. Besonders was das Torfmoos anbelangt, so ist dessen Aufsaugefähigkeit eine bedeutende, und es eignet sich daher jener Verband besonders für diejenigen Fälle, wo bereits eröffnete Bubonen zur Behandlung kommen, die früher nicht antiseptisch und nicht mit Okklusivverband behandelt wurden.

Der Sublimatverband hat oft eine unangenehme Folge, und zwar die Entwickelung von Ekzemen an den Wundrändern und in der ersten Umgebung, welche uns nötigt, von dem Verbande abzustehen.

Was den Moostorfverband betrifft, so gelangte derselbe bisher zwar nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen zur Verwendung, soviel können wir jedoch heute schon sagen, dafs besonders jene

Bubonen, welche bei der Eröffnung eine zerklüftete Höhle und eine speckig zerfallende Basis darbieten, unter der Applikation dieses Verbandes und besonders, wie es scheint, durch das Einstreuen des schwarzen Torfes bald eine Veränderung zeigten, welche in einer Reinigung des Geschwüres und in der Entwickelung eines normalen Heiltriebes sich bethätigte.

Soviel erlaube ich mir über die Methodik der an unsrer Klinik geübten Verbände zu bemerken, und ich wende mich nun zum zweiten Punkte der Arbeit, zu einer statistischen Zusammenstellung der Dauer der Behandlung bis zur Heilung, und zu der Beantwortung der von FUNK gestellten Frage auf Grundlage des zur Disposition stehenden Materiales.

(Fortsetzung folgt.)

Die Dermatologie und Syphilographie in Italien.

Von

Prof. Dr. PIETRO GAMBERINI

in Bologna.

Ehe Italien eine einige Nation geworden war, gab es nur einen Lehrstuhl für beide Spezialitäten, und zwar für Dermatologie in Florenz, für Syphilographie in Turin, aber ohne offiziellen Charakter. In Turin beschäftigte sich Prof. SPERINO mit der Syphilis, und in Florenz befand sich das Hospital S. Lucia für Hautkrankheiten; dort glänzte CHIARUGI in der Behandlung derselben.

Der päbstliche Staat vermied gleichsam das Studium und die Kur der syphilitischen Krankheiten. Die Geschenke einiger Wohlthäter und die Vorteile, die die alte, nahe bei Bologna gelegene Leproserie des heil. Lazarus bot, dienten dazu, um eine kostenfreie Behandlung der venerischen Krankheiten während 2 Monate des Jahres zu ermöglichen, aber nicht für Hautkrankheiten, und natürlich nur für eine kleine Anzahl von Kranken, und zwar ohne Lehrstuhl und gleichsam in der Verborgenheit des Spitals der heiligen Ursala in Bologna. Nach der Einigung Italiens sorgte die Regierung für die Dotierung zweier Universitäten mit offiziellen Kathedern für Syphilographie und Dermatologie durch Ernennung von ordentlichen und aufserordentlichen Professoren für den obligatorischen Unterricht, sowohl theoretischen wie klinischen, durch Sektionen von Krankheiten in den Spitälern.

Ehe Rom die Hauptstadt des Reichs wurde, besafs es zur Zeit das Spital des heil. Gallicanus, das nur für die Kur von Hautkrankheiten, aber ohne Lehrstuhl, bestimmt war.

Gegenwärtig, seit 1860, existiert in Italien ein offizieller, obligatorischer, theoretisch-klinischer Unterricht für die Studenten der Medizin und Chirurgie an verschiedenen Universitäten:

in	Rom	für	Dermatologie	und Syphilographie	Prof. Manassei.
„	Palermo	„	„	„	Profeta.
„	Neapel	„	„	„	de Amicis.
„	Bologna	„	„	„	Gamberini.
„	Pavia	„	„	„	Scarenzio.
„	Padua	„	„	„	Breda.
„	Parma	„	„	„	Majocchi.
„	Pisa	„	„	„	Pellizari Celso.
„	Catania	„	„	„	Ferrari.
„	Genua	„	„	„	Campana.
„	Modena	„	„	„	Cesarini.
„	Siena	„	„	„	Tommasoli Incaricato.
„	Turin	für	Syphilis	Sperino, für Dermatologie	Gibello Incaricato.
„	Florenz	„	„	Pellizari Pietro,	„ Michelacci.

Überall finden sich freie, offizielle, durch regelmäfsigen Konkurs von der Regierung anerkannte Dozenten.

Im Jahre 1866 gründete G. B. Soresina das erste Journal für venerische und Hautkrankheiten, damals das einzige in Europa. Dieses übersiedelte nach und besteht noch in Mailand, wo sich zur Zeit eine Abteilung des Ospedale maggiore befindet, die für Hautkrankheiten bestimmt ist, und wo sich die Doktoren Bubini und Forlanini auszeichnen.

Mit dem Nutzen der praktischen Institute für Syphilographie und Dermatologie entwickelte sich auch die Liebe für diese Fächer. Bei den internationalen Kongressen, wie bei denen der Associazione medica italiana bildeten sie spezielle Sektionen. Früher wurde von Soresina und Gamberini, neuerdings von Manassei und Barduzzi vorgeschlagen, eine syphilido-dermatologische italienische Gesellschaft zu bilden, wie sie bisher nur in Amerika existiert.

Von der Ausstellung zu Kopenhagen.

Instrumente zur Injektion.

Mit 3 Abbildungen.

1. Mikrosyringe, von Dr. G. Beck.

Die erste Stelle unter den zu Injektionszwecken neu angegebenen Instrumenten nahm ohne Zweifel die Mikrosyringe ein, welche von Dr. Beck, dem Herausgeber der *Illustrierten Monatsschrift für ärztliche Polytechnik* konstruiert worden ist. Dieses Instrument zeichnet sich durch eine aufserordentlich korrekte Arbeit aus, welche es im Gegensatz zu den bisherigen, nach dem Typus der Pravazschen Spritze gebauten Instrumenten, zu wissenschaftlichen Leistungen befähigt.

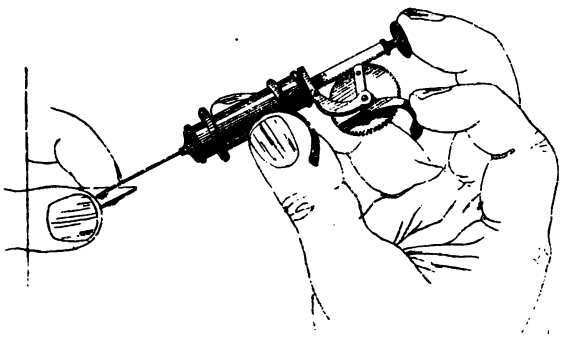


Fig. 30.

Die absolute Dichtigkeit ist einerseits dadurch erreicht, dafs der Spritzenstiefel, mithin auch die ganze Spritze, aus Metall besteht, anderseits dadurch, dafs jede Nadel mit einer Schraubenhülse zu einem Stück vereinigt ist, welche dem mit einer Schraube nach unten endigenden Spritzenstiefel fest aufgeschraubt werden kann. Allerdings mufs deshalb jede Nadel mit einer solchen, genau passenden Schraubenhülse versehen sein. Da Leder desinfizierende Temperaturen nicht verträgt, wurde die Dichtung des Spritzenkolbens durch Scheiben von gepreſstem Filz hergestellt.

Der in allen Spritzen vorhandene tote Luftraum beschränkt sich hier allein auf das Lumen der Nadel, da die konisch zulaufende Kolbenstange sich genau bis zum Anfang der Nadelhöhlung in die Schraubenhülse hineinlegt, ist mithin ein minimaler. Die konische Aushöhlung wurde dieser behufs besserer Reinigung gegeben.

Die vorzügliche Dichtung der kleinen Spritze erlaubt nun, eine ganz minimale Flüssigkeitsmenge in dieselbe aufzusaugen, und um diesen Vorzug auszunutzen, ist die Graduierung der Spritze von aufsergewöhnlicher Feinheit und Genauigkeit. Die Kolbenstange ist in halbe Millimeter eingeteilt, und da der Querdurchmesser des Spritzenraumes 5 mm beträgt, so entspricht jeder $^1/_2$ mm Hubhöhe ziemlich genau 10 mm Flüssigkeitsvolumen.

Diese Vorzüge würden schon hinreichen, um die Überlegenheit der Beckschen Spritze für wissenschaftliche Arbeiten vor allen andern Spritzen zu begründen. Aber es ist an ihr noch eine Verbesserung angebracht, die ihren Anwendungskreis praktisch bedeutend erweitert, indem mittels der sinnreichen Einschaltung eines kleinen Zahnrades der Druck desselben oder eines andern Fingers auf einen seitlichen Hebel die Kolbenstange aus dem Stiefel herauszieht und somit eine Aspiration bewirkt. Man kann daher, ohne Spritze und Hand aus der Lage zu bringen, wechselweise mit der Beckschen Spritze aspirieren und injizieren, man kann ferner sehr bequem irgendwoher aspirierte Flüssigkeitsmengen an andern Stellen deponieren.

Die vollständig vernickelte Spritze kann endlich leicht auseinandergeschraubt und in einem heifsen (150°) Ölbade gründlich desinfiziert werden. Die letztere Eigenschaft macht sie sehr geeignet, kleine Flüssigkeitsmengen in sicherer Weise aus pathologischen Produkten direkt in Nährgelatine oder auf Versuchstiere zu übertragen.

Die beschriebenen Vorzüge haben die Mikrosyringe denn auch schon bei verschiedenen Ärzten praktisch eingebürgert. Nach einer privaten Mitteilung hat Dr. Emmert in Bern seit längerer Zeit die Spritze bei praktischen ophthalmologischen und experimentellen Arbeiten beständig und zu seiner vollkommensten Zufriedenheit im Gebrauche. Auch bei den Otologen dürfte sich dieselbe zur Aspiration aus dem Mittelohr mit geeigneter Kanüle sehr empfehlen.

Die Dermatologen können von der Mikrosyringe in vielen Beziehungen einen nützlichen Gebrauch machen. In folgendem stelle ich nur einige dieser Nutzanwendungen zusammen, wie sie sich mir nach einer erst sehr kurzen Bekanntschaft mit derselben ergeben haben.

Für die gröberen Injektions-Aspirationszwecke, wie Entleerung und Injektion von Abscefshöhlen, Periadenitiden, Cysten, Hydrocelen etc. ist die Mikrosyringe zu gut und fein gearbeitet, mit einem Worte zu kostbar, während sie zu den subtileren, ähnlichen Arbeiten den Ophthalmologen wohl sehr empfehlenswert sein mag.

Dagegen vertritt sie die Pravazsche Spritze mit Vorteil bei allen subkutanen Injektionen mit sehr differenten und nur in minimalen Mengen anzuwendenden Medikamenten, Atropin, Strychnin etc.

Zur Syphilistherapie eignet sie sich nicht, da Quecksilber das Metall verderben würde. Wo es vielleicht darauf ankommt, injizierte Mengen nach einiger Zeit wieder zu aspirieren, ist die Mikrosyringe der Pravazschen Spritze bei weitem überlegen.

Unersetzlich ist sie ferner, wo es darauf ankommt, minimale Flüssigkeitsmengen von Bläschen, Pusteln, Abscessen zu entnehmen und ungefährdet zur mikroskopischen Untersuchung auf den Objektträger zu befördern.

Dieselben Dienste leistet sie, nach vorheriger Sterilisierung im Ölbade, zur Übertragung von einzelnen Tropfen auf Nährgelatine oder auf die Haut, resp. Wunden von Versuchstieren. Auch erlaubt die feine Graduierung des Stempels noch von minimalen Flüssigkeitsmengen einen Anteil zur Impfung und einen Rest zur mikroskopischen Untersuchung zu verwenden.

Wie zur experimentellen Impfung, so möchte sich die Mikrosyringe vielleicht auch zur praktischen Impfung mit humanisierter Vaccine eignen, besonders wenn mit wenigem Impfstoff viele Impfungen auszuführen sind. Es würde hier wohl ein seichter Stich in die Oberhaut mit gleichzeitigem leisen Druck auf den Stempel zu Erzeugung einer Impfpustel genügen. Animale Vaccine dürfte hierzu wegen ihrer dickeren Konsistenz und der notwendigen ausgiebigeren Radierung der Oberhaut, welche die Kanüle verderben würde, ausgeschlossen sein; diese ist ja auch heute nicht so sparsam vorhanden wie die humanisierte Lymphe.

Wichtiger aber noch als die bisher genannten Verwendungsweisen scheint mir die Entnahme jener physiologischen und pathologischen Flüssigkeiten von der Haut, welche nicht in gröfseren Hohlräumen eingeschlossen sind, sondern sich in unmefsbar kleinen Tropfen auf der Oberfläche der Haut ansammeln, nämlich des wässerigen und fettigen Schweifses. Wegen Mangel eines geeigneten Instrumentes zu ihrer isolierten Beschaffung sind diese Flüssigkeiten bisher nur in künstlich erzeugten, grofsen Mengen, also in Durchschnittsqualitäten untersucht worden. Die Mikrosyringe bietet zum ersten Male eine Handhabe, um bei einiger Übung isolierte Tropfen des normalen und pathologischen Hautsekrets zur chemischen und mikroskopischen Untersuchung zu bringen. Auf meine Veranlassung hat Herr Dr. Beck eine Nadel anfertigen lassen, welche, in eine feine Spitze auslaufend, das Loch am Ende und nicht an der Seite trägt, wie die gewöhnlichen Nadeln, und daher sehr geschickt ist, die kleinsten an den Schweifsporen oder sonstwo sitzenden Tröpfchen einzusaugen und sie auf Reagenspapier, auf einen Objektträger etc. ohne Verlust zu übertragen. Ich habe der leichteren Reinigung wegen meine Nadel in- und auswendig vergolden lassen. Herr Dr. Beck wird auf Verlangen für dermatologische Zwecke dieselbe als Ersatznadel seiner Mikrosyringe beigeben.

Beim Gebrauche der Beckschen Spritze zum Zwecke der Untersuchung des Hautsekrets pflege ich so zu verfahren, dafs ich an dem zu untersuchenden Punkte einen Ring meines Komedonenquetschers fest aufsetze, so dafs die vom Ringe eingefafste Haut innerhalb desselben hügelartig vorquillt. Nach einigen Sekunden finden sich dann auf den Mündungen der auf diese Weise künstlich erweiterten Schweifsporen eben sichtbare kleine Tropfen, die man mit der Beckschen Spritze bei einiger Vorsicht einzeln absaugen kann.

Es ist die hier angegebene Methode der Untersuchung des Hautsekrets die erste, welche mir gleichmäfsige und befriedrigende Resultate lieferte.

Aus den grofsen Follikeln, z. B. der Nase, kann man das hier befindliche gemischte Sekret der Knäueldrüsen und Haarbalgdrüsen natürlich direkt mit der Beckschen Spritze einsaugen.

Man bezieht die Spritze direkt aus Bern von Herrn Dr. Beck zum Preise von 20 Francs.

2. Löffelstachel zur Injektion von Dr. E. Kohn (Wien).

Die folgenden Instrumente haben weniger ein rein wissenschaftliches als praktisches Interesse. Herr Dr. E. Kohn, dessen verbessertes Suspensorium wir unlängst besprachen, sandte seinen den meisten Lesern bereits bekannten Kurettenstachel ein, der sich eng an den Auspitzschen anschliefst.

„Der auf der Rückseite des scharfen Löffels *a* angebrachte dreikantige Stachel *b* ist an seiner vordern, dem Löffelende zugekehrten, glatten Fläche in der Nähe der Stachelspitze von einer Öffnung *c* durchbohrt. Letztere stellt die Mündung eines Kanales *d* dar, welcher von hier in schräger Richtung den Stachelkörper nach oben durchzieht und mit dem Kanal des durchbohrten Stieles *d* in Verbindung tritt. In dem durchbohrten Stiel und Griff des Instrumentes befindet sich eine mit einem Stempel *e* versehene Kolbenstange *f*, an deren rückwärtigem Ende mittels einer Schraube *g*, welche durch den Einschnitt *h* des Griffes nach aufsen ragt, ein Schieber *i* befestigt ist. Letzterer endigt nach vorn mit sattelförmigen, quer über das Stielrohr gebogenen Branchen *s*. Durch Eintauchen des Stachels in die Flüssigkeit und Ansichziehen des Schiebers wird die Höhlung des Instruments gefüllt, durch allmähliches oder rasches Vorschieben desselben mit dem aufgelegten Daumen wird die Flüssigkeit tropfenweise oder im Strahl aus der Stachelöffnung entleert. Letztere mündet oberhalb der Stachelspitze und nicht in diese aus dem Grunde, damit die Spitzenschärfe unversehrt bleibe. Das Einstechen des Stachels und das Vorschieben des Schiebers wird in einem Tempo vorgenommen."

„Das aspirierte Flüssigkeitsquantum (etwa 18—20 Tropfen) ist ausreichend, um eine grofse Anzahl von Knoten bequem und rasch hintereinander zerstören zu können. Die Reinigung des Stachel-

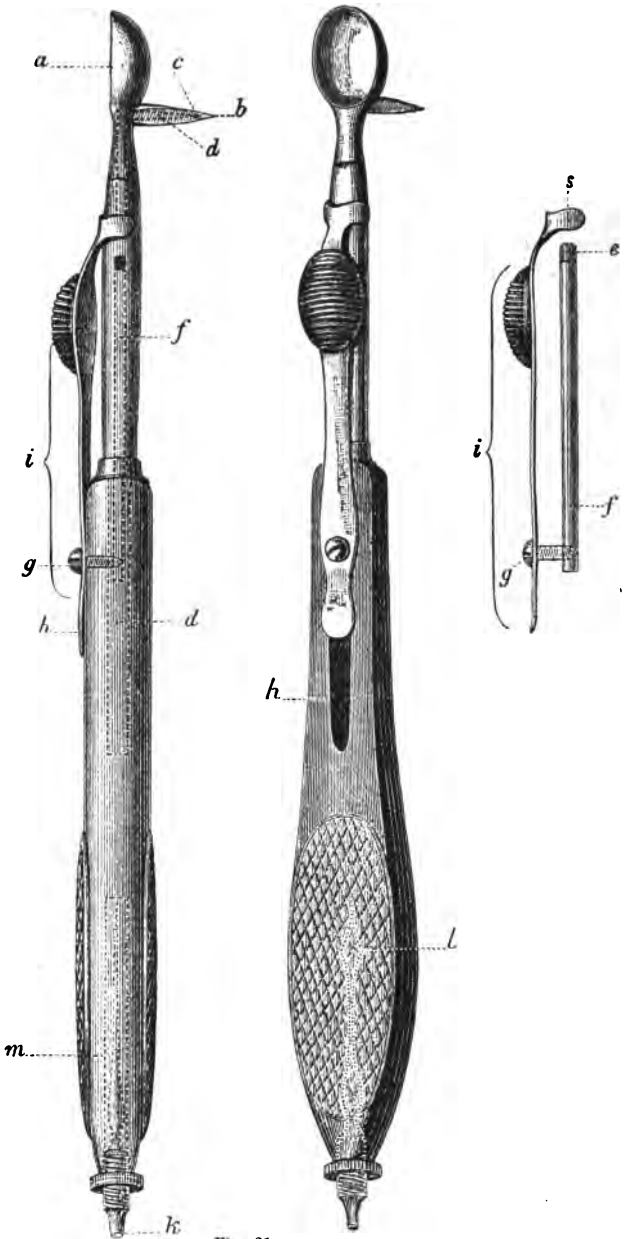


Fig. 31.

injektors geschieht nach jedesmaliger Behandlung durch öfteres Aspirieren und Ausspritzen von Wasser; die zeitweilige Reinigung des Stempels kann nach Entfernung der Schraube und Herausziehen der Kolbenstange vorgenommen werden. Am Ende des Instrumentengriffes befindet sich eine mit Gewinde versehene Öffnung, in welche ein Komedonenquetscher *k*, sowie eine Skarifikationsnadel *l* (letztere in dem ausgehöhlten Griff verborgen) eingeschraubt sind. Je nach Bedarf kann durch Umschrauben das eine oder das andre Instrument nach aufsen gestellt und fixiert werden. Der oben erwähnte Komedonenquetscher endigt zum Unterschiede von den früher angegebenen nicht mit einem Randwulste, sondern mit einem mehr nach innen gebogenen, schärferen Rand; die an der Seitenwand desselben vorhandenen zwei Öffnungen dienen zum Austritt von Komedonenmassen, wodurch die Zentralöffnung freibleibt und ohne umständliche Reinigung verwendet werden kann."

„Dieses aus praktischen Gründen zu einem Stücke vereinigte dermatologische Instrumentarium (scharfer Löffel, Stachel, Injektor, Komedonenquetscher, Skarifikationsnadel) hat den Vorteil, dafs man durch einfache Wendung oder Drehung des Instrumentengriffes auf bequemste Weise ein oder das andre Instrument sowohl zu Behandlung der verschiedenen Lupusstadien als auch andrer Krankheitszustände der Haut (Acne vulgaris, Komedonen, Acne rosacea, Lupus erythematodes, Sykosis, Condylomata acuminata, Teleangiektasien, Epitheliome etc.) verwenden kann. Als weiterer Vorteil dieses Instrumentes verdient dessen geringer Kostenpreis und bequeme Unterbringung (in einem zigarrenspitzförmigen Etui, das entweder in dem chirurgischen Etui oder in der Tasche untergebracht werden kann) hervorgehoben zu werden."

Kohns Kurettenstachel ist bei Marconi, Wien IX, van Swietengasse 4, vorrätig.

Das Kohnsche Instrument ist das erste, welches das seit vielen Jahren bereits gefühlte Bedürfnis nach einem energisch wirkenden Injektor für kutane pathologische Prozesse in einer genügenden Weise befriedigt. Seitdem durch Auspitz die intrakutane, medikamentöse Therapie des Lupus wieder mehr in den Vordergrund getreten, hat dies Bedürfnis eigentlich dringend genug vorgelegen. Denn der in Jodglycerin getauchte Stachel von Auspitz war doch nur ein mit vielen praktischen Mängeln behafteter Versuch, Medikamente wirklich in die Tiefe des Lupusknotens zu befördern. Dafs Auspitz diese Mängel selbst empfunden, lehren die Modifikationen seiner Assistenten. E. Schiff empfahl bekanntlich statt des Stachels eine gekrümmte Hohlnadel, die mit einem elastischen Gummihütchen fest verbunden ist. Der Gebrauch ähnelt also dem eines Augentropfers. Die Erfindung von Kohn beweist wohl, dafs das Instrument von Schiff auch in Wien nicht mehr viel im Gebrauch ist. Mir erschien es

besonders deshalb nicht praktisch, weil die Gummikappe ungemein leicht verdirbt. Auch ist durchaus zu wünschen, dafs diese Injektoren eine gewisse Festigkeit besitzen, damit man ihnen in raschem Tempo wiederholte mechanische Leistungen zumuten kann. Diesen Mängeln hilft das Instrument von KOHN in ausreichender Weise ab. Es läfst anderseits aber auch noch manche Verbesserungen zu.

Zunächst möchte ich die Frage aufwerfen, ob für die Lupustherapie der dreikantige Stachel von AUSPITZ, der dem KOHNschen Instrument zu Grunde liegt, überhaupt die wünschenswerte Form für einen Injektor ist. Ursprünglich wurde derselbe zur Eröffnung von Aknepusteln angegeben und hierzu besitzt er auch eine ebenso praktische wie theoretisch zu rechtfertigende Form. Bei der Akne (Komedonen) ist unser Ziel, die durch eine eigentümliche Keratose verschlossenen Follikelmündungen dauernd offen zu erhalten. Da nun bekanntlich die mit dem dreikantigen Bayonnet erzeugten Wunden die ungünstigsten für die Heilung sind, indem drei unter 60^0 zusammenstofsende Wundränder sich direkt nie zu einer prima intentio aneinanderlegen können, so halten wir auch eine Hautwunde am besten offen, wenn wir ihr durch einen Kunstgriff eine annähernd dreikantige Form geben können.

Die Frage spitzt sich also dahin zu, ob in der That der dreikantige Stachel bei genügender Einführung auf dieses spätere Offenbleiben einen Einfluſs üben kann. Und da ist in bezug auf die Follikelmündung entschieden mit ja zu antworten. Denn sie stellt eine runde Öffnung dar, die dehnbar und wenig elastisch ist, da sie oberhalb der Cutis, also aufserhalb der allgemeinen Cutisspannung angebracht ist. Ein gelindes Einpressen des Stachels wird mithin schon günstig wirken, ein forciertes wird der Follikelmündung dauernd eine für das Offenbleiben zweckmäfsigere Form aufdrücken.

Wie steht es aber beim Lupus und bei andern Erkrankungen der Cutis selbst? Trifft hier der Stachel zufällig auf eine Stelle von ungleichmäfsiger Spaltbarkeit und geringer Spannung, so ist seine Wirkung ebenso wie beim Follikel. Trifft die dreikantige Spitze dagegen, wie eigentlich regelmäfsig, auf Stellen mit bestimmter Spaltungsrichtung und mehr oder weniger grofser Spannung des kollagenen Gewebes, so kann zweierlei erfolgen. Entweder die Kanten des Instruments sind so scharf und die Gewalt ist so bedeutend, dafs die nicht in die Spaltungsrichtung fallende Kante (resp. Kanten) die seitlichen kollagenen Bündel zerreifst, dann wirkt der Stachel allerdings eröffnend, er hinterläfst aber auch eine dauernde Gewebsverschiebung, über deren Notwendigkeit man sich vorher im klaren sein mufs. Oder anderseits die Kanten des Stachels sind nicht genügend scharf, und die Gewalt ist geringer, dann drängt der Stachel die kollagenen Bündel nur auseinander ohne sie zu zerreifsen, und nachdem der Stachel entfernt ist, lagern sie sich vermöge ihrer

elastischen, natürlichen Anspannung wieder in der alten Weise. In diesem Falle ist gar keine mechanische Nachwirkung vorhanden und es fragt sich, ob es für eine vorübergehende Eröffnung des Cutisgewebes dann nicht schonlichere und schmerzloser wirkende Mittel gibt, als gerade den dreikantigen Stachel.

Es ist hier bei Gelegenheit der Injektoren wohl der Ort, diese Frage einmal genauer zu erörtern, wenn auch gerade der Lupus den a priori wohl unanfechtbaren, theoretischen Deduktionen sich praktisch deshalb einigermafsen entzieht, weil die Lupuseinsprengung gerade wie kaum ein andrer pathologischer Prozefs der Haut die elastische Spannung derselben aufhebt, indem er das kollagene Gewebe erweicht und durch spannungslose Zellenmassen ersetzt. In der That wirkt deshalb der dreikantige Stachel auf einen Lupusknoten auch schon bei zarterem Gebrauch als ein derb eröffnendes Instrument, und es kann hier speziell garnicht die Frage sein, ob er seinen Zweck erreicht, sondern nur, ob der eigentliche Zweck der Injektion beim Lupus nicht durch schonlichere Mittel sich erfüllen läfst — und diese Frage ist unbedingt zu bejahen.

Die Verwundung eines Lupusknotens kann überhaupt nur einen zweifachen Zweck haben: wir bringen in sein Zentrum ein die Bacillen vernichtendes Medikament und wir durchschneiden eine Summe von Kapillaren und gröfseren Blutgefäfsen, die den Bacillen einerseits als Ernährungsquelle dienten, anderseits bei ihrer Vernarbung die Neubildung mechanisch erdrücken. Der erste Zweck des Injektors läfst sich gewifs durch schonlichere (runde, feinere, zweikantige) Instrumente erreichen; den zweiten Zweck der multiplen Verwundung erfüllt schliefslich jedes Instrument, wenn man anstatt des einfachen Druckes hebelnde Bewegungen damit ausführt.

Fassen wir das Gesagte zusammen, so ist der dreikantige Stachel theoretisch gefordert bei der Akne und analogen Prozessen (Sykosis); er ist unter Umständen sehr brauchbar bei intrakutanen Prozessen, bei welchen man absichtlich bleibende Verschiebungen des kollagenen Gerüstes erzeugen will; er ist jedoch ein Instrument von unnötig starker Nebenwirkung, wo es sich hauptsächlich nur um intrakutane Injektion und multiple Gefäfsverödung handelt.

Von diesem Gesichtspunkt aus bedeutete die Injektionsnadel von Schiff bereits einen Fortschritt, nur war sie nicht praktisch und solide genug eingerichtet. Ich würde selbst eine gewöhnliche Pravazsche Spritze der letzteren in bezug auf Festigkeit und Dauerhaftigkeit verziehen. Unna.

(Fortsetzung folgt.)

Untersuchungs- und Operationstisch

von

Prof. Dr. V. Janovsky

in Prag.

Mit 1 Abbildung.

Der von mir konstruierte und von der Firma Waldek & Wagner in Prag ausgeführte Untersuchungs- und Operationstisch hat den Zweck, endoskopischen und gynäkologischen Untersuchungen zu dienen und kann zugleich durch ein einfaches Umlegen der Stützplatte in einen Operationstisch umgewandelt werden; es ist derselbe daher in erster Reihe für die Kliniken für Syphilis berechnet und mit besonderer Rücksicht auf Endoskopie und endoskopisch vorzunehmende Operationen und therapeutische Exegesen konstruiert.

Das Gestell des Tisches besteht aus einem starken viereckigen Rahmen, an dessen beiden Enden sich hölzerne Füfse befinden, deren Endteile, mit Kautschukrollen montiert, beweglich sind und an denen auch die Fufsstützen sowie die stellbare Beleuchtungslampe angebracht sind. Um dem Tische die gehörige Festigkeit zu geben, wurden die Längsseiten desselben durch zwei Querleisten verbunden und eine ähnliche Verbindung, zu welcher noch eine mit der Tischplatte parallel verlaufende Längsleiste hinzukommt, zwischen den Füfsen des Tischgestells bewerkstelligt. Auf dieser Längsleiste erheben sich zwei Stützsäulen, welche eine hebelartige Vorrichtung durchgehen lassen, welche durch Stifte stellbar eine eventuelle Elevation des Fufsendes beim Gebrauche des Tisches zur Operation ermöglicht.

Der obere Teil des Tischgestelles dient einer Tischplatte als Basis, welche teilweise verschiebbar ist und namentlich beim Gebrauche des Tisches als Operationstisch die Einschiebung von Polstern gestattet. Die Vorrichtungen zur endoskopischen Untersuchung, bei welchen auch auf eine entsprechende Untersuchung der weiblichen Genitalien Rücksicht genommen wurde, befinden sich am Kopfende der Tischplatte, deren freier Rand in der Mitte einen halbkreisförmigen Einschnitt zeigt, welcher mit einem abhebbaren Polster bedeckt ist und welcher in toto nach vorn und rückwärts verschiebbar konstruiert ist. Die Fixierung in der gewünschten Distanz geschieht mittels eines Stiftes. Am Ende dieser Kopfendplatte, welche mit dem mittleren Teile der Tischplatte eingelenkt ist, befindet sich ein viereckiger, in der Mitte durch eine Längsleiste gestützter Holzrahmen, auf welchem ein Keilpolster befestigt wird, welchem mittels einer mit Schrauben stellbaren Eisenschiene

eine verschiedene Neigung und Lage gegen das Kopfende gegeben werden kann. Die Polster sind sämtlich abhebbar, ein Moment, welches die Reinigung derselben leicht gestattet. Unter dem halbkreisförmigen Ausschnitte der Kopfendplatte ist in einer Leiste des Holzrahmens eine verschiebbare Holzplatte angebracht, welche in der Mitte kreisförmig ausgeschnitten, einen Gummitrichter trägt; unterhalb dieses Gummitrichters befindet sich ein mittels einer Leiste

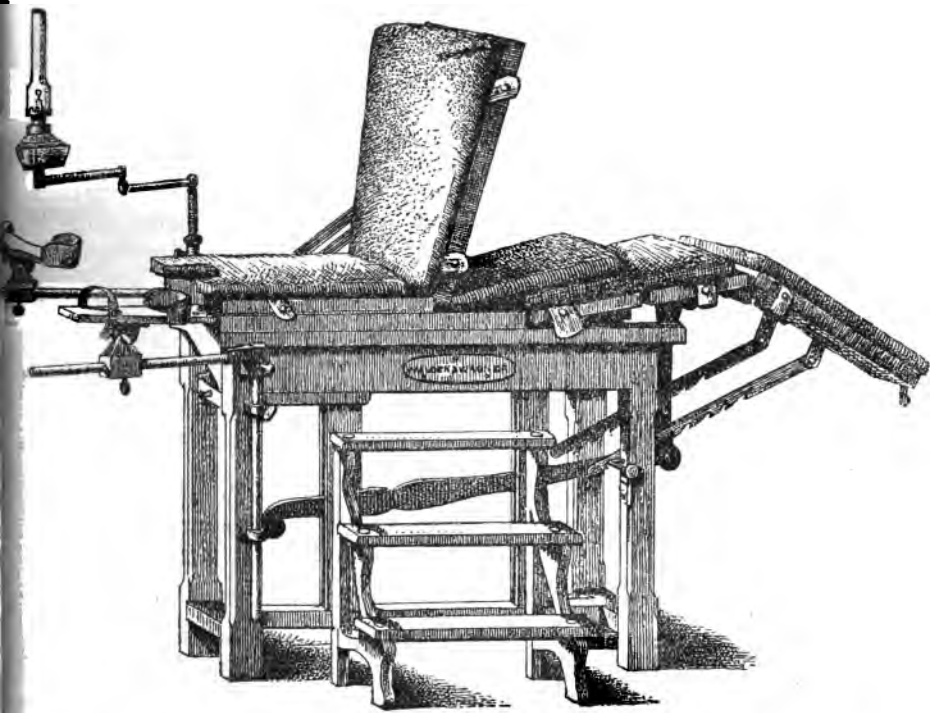


Fig. 32.

an der Innenfläche der Füfse verschiebbares Zinkblechgefäfs. Diese Konstruktionen ermöglichen ein Irrigieren der betreffenden zu untersuchenden Teile oder eine Reinigung bei eventuellen Operationen, ohne dafs erst besondere Gefäfse zum Auffangen der Spülflüssigkeiten unterstellt werden müfsten. Das ganze Kopfende ist abhebbar und läfst sich mittels Holzzapfen in einer unterliegenden Zahnleiste fixieren. An den dem Kopfende entsprechenden Füfsen befinden sich die Fufsstützen, welche mittels Stahlschrauben befestigt werden können und aus zwei senkrecht zueinander gestellten Eisenstäben bestehen, deren vorderes Querstück die eigentliche Fufsstütze

trägt, welche mittels Schrauben stellbar ist. Links, vom Untersuchenden gedacht, geht in wagerechter Richtung ein Fufs ab, welcher die in einer Triebstange sich bewegende Beleuchtungslampe trägt. Die Beleuchtungslampe, deren perpendikuläre Bewegung die Triebstange und die Schraube des eben angegebenen Armes vermittelt, ist in horizontaler Richtung mittels knieförmig gebogener Arme beweglich. Die Lampe selbst ist eine Solarlampe mit Rundbrenner, welche ein vorzügliches, reines konstantes Licht liefert.

Soll der Tisch nun als Operationstisch benutzt werden, so kann infolge der Verschiebbarkeit der Tischplatte durch Einführung von Reservepolstern das Fufsende zu einem Operationstisch umgestaltet werden. Am äufsersten Ende des Fufsendes artikulieren in gezähnten Eisenstangen Fufsplatten, welche in verschiedener Höhe und Stellung je nach Bedarf durch Einhaken an dem hintern Fufsgestelle gestellt werden können. Der früher beschriebene Holzrahmen, welcher das keilförmige Kissen trägt, wird dann einfach umgeschlagen, mittels der seitlichen eisernen Leiste in verschiedener Stellung fixiert und dient als Kopfkissen.

Der Preis des Apparates ist 280 Mark.

Referate.

Die Syphilisbacillen, von Dr. Siegm. Lustgarten. *Med. Jahrbücher der k. k. Gesellschaft der Ärzte.* 1885.

Über Bacillen bei Syphilis, von Prof. Doutrelepont und Dr. Jos. Schütz. *Deutsche Med. Wochenschr.* 1885. No. 19.

Im November 1884 erschien in der *Wiener Med. Wochenschr.* No. 47 eine vorläufige Mitteilung von Dr. Lustgarten über Bacillenbefunde bei Syphilis, der nun eine ausführlichere Arbeit über denselben Gegenstand mit chromolithographierten Tafeln gefolgt ist. Durch eine besondere Färbungsmethode ist die Auffindung spezifischer, durch Gestalt, Lagerungsverhältnisse und Tinktionsverhalten wohlcharakterisierter Bacillen gelungen. Die Methode besteht in folgendem:

„Die Präparate waren in absolutem Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet. Die mit dem Mikrotom angefertigten Schnitte wurden durch mehrstündiges Verweilen in Äther-Alkohol vom Celloidin befreit und in absolutem Alkohol aufbewahrt. Die Schnitte werden dann behufs Färbung in Ehrlich-Weigertsche Gentianaviolettlösung (100 Tle. Anilinwasser, 11 Tle. konz. alkoholische Gentianaviolettlösung) gebracht, in welcher sie 12—24 Stunden bei Zimmertemperatur und im Anschlufs daran 2 Stunden bei 40° C. im Wärmekasten verbleiben."

„Zur Entfärbung wird der Schnitt, der mehrere Minuten zur Abspülung in absolutem Alkohol gelegen ist, mit Hilfe einer Platinnadel in ein Uhrschälchen gebracht, in welchem sich ca. 3 ccm einer 1½ p. z.igen wässerigen Lösung von übermangansaurem Kali befinden. Er verbleibt darin ungefähr 10 Sekunden; in der Flüssigkeit entsteht dabei ein brauner flockiger Niederschlag von Manganhyperoxyd, und ebenso beschlägt sich das Präparat damit. Der Schnitt kommt sodann in eine wässerige Lösung von reiner schwefliger

Säure. In dieser entledigt er sich fast momentan des Manganhyperoxyds ($MnO_2 + SO_2 = MnSO_4$) und erscheint schon jetzt seines Farbstoffes an einzelnen Stellen fast gänzlich beraubt, während andre Stellen noch intensiv gefärbt sind. Er wird in destilliertem Wasser abgespült und kommt wieder in die Lösung von Kaliumpermanganat, in welcher er jetzt und die folgenden Male blofs 3—4 Sekunden verweilt, aus dieser wieder in die schweflige Säure u. s. w. Erscheint er endlich farblos, was in der Regel nach einem 3—4maligen Turnus der Fall ist, so wird er in Alkohol entwässert, in Nelkenöl aufgehellt und in Xylol-Canadabalsam eingeschlossen." —

Von Sekreten werden in derselben Weise Deckglaspräparate gemacht. Mit Hilfe dieser Methode gelang es LUSTGARTEN, in syphilitischen Krankheitsprodukten spezifische, bisher nicht beschriebene Bacillen nachzuweisen. Dieselben gleichen den Tuberkelbacillen, sind durchschnittlich $3^1/_2$ bis $4^1/_2$ μ lang, doch kommen auch solche von 3 μ bis 7 μ Länge vor. Ihre Dicke schätzt L. auf $^1/_4$ bis $^3/_{10}$ μ. Diese Stäbchen sind in der Regel intensiv blau gefärbt, daneben kommen aber auch ganz blafsblaugefärbte vor, die vielleicht im Absterben begriffen sind. Von Tuberkelbacillen unterscheiden sie sich durch eine schwach ausgesprochene knopfförmige Anschwellung an den Enden und durch das häufigere Vorkommen gebogener Formen. Bei starker Vergröfserung (Hom. Imm. $^1/_{20}$ REICHERT) erweisen sich die Bacillen als Sporen tragend, welche als helle, ovale, glänzende Flecke in den tiefblaugefärbten Bacillen erscheinen; sie sind nicht endständig und sind zu 2 bis 4 in gleichen Abständen in einem Bacillus enthalten.

Die so beschriebenen Bacillen kommen nicht frei im Gewebe, sondern in Zellen eingeschlossen vor, welche sich als Wanderzellen herausstellten. In einem Präparate liegen zwei solcher Zellen innerhalb eines grofsen Lymphgefäfses. In einer Zelle liegen 2 bis 8 verschieden angeordnete Stäbchen, am reichlichsten zu finden in dem den Infiltraten benachbarten scheinbar gesunden Gewebe, sehr spärlich dagegen inmitten des zellenreichen Infiltrates.

Im ganzen wurden 16 Fälle untersucht: 4 gummöse Infiltrate verschiedener Organe, 2 Sklerosen, 1 Lymphdrüse, 1 nässende Papel, 1 schuppende, 1 kleinpapulöse Effloreszenz, 6 Sekretuntersuchungen von Sklerosen und nässenden Papeln. Der Nutzen der Entfärbung mit übermangansaurem Kali geht evident aus Figur 7 und 8 der LUSTGARTENschen Arbeit hervor. In der letzteren sieht man eine Unmasse blau gefärbter Mikroorganismen und Zellen, während in Figur 7, die aus demselben Skleroseneiter gemacht wurde, alles entfärbt ist bis auf die Syphilisbacillen. Aus den Kontrolluntersuchungen geht hervor, dafs sich von sämtlichen bekannten Mikroorganismen nur die Bacillen der Lepra und der Tuberkulose durch die oben beschriebene Methode färben lassen. Man unterscheidet die Syphilisbacillen von ihnen aufser durch ihre morphologischen Verschiedenheiten noch dadurch, dafs sie sich durch Salpetersäure und Salzsäure leicht entfärben lassen.

LUSTGARTEN hält wohl mit Recht nach seinen Befunden für sehr wahrscheinlich, dafs die beschriebenen Bacillen die Träger des syphilitischen Virus sind, und glaubt, dafs konsequenter Weise künftighin die Frage, ob etwas Syphilis sei oder nicht, erst durch den Nachweis der Bacillen als in positivem Sinne gelöst betrachtet werden kann.

Eine Zusammenstellung und Besprechung des bisher über die Natur des syphilitischen Virus Erschienenen beschliefst die lehrreiche Arbeit. —

Durch die obenerwähnte Mitteilung LUSTGARTENS (November 1884) wurde Prof. DOUTRELEPONT veranlafst, seine seit langer Zeit mit Dr. SCHÜTZ betriebenen Untersuchungen über denselben Gegenstand im Dezember 1884 zu veröffentlichen. Das Färbeverfahren, dessen die Autoren sich bedienten, ist folgendes:

„Die zu untersuchenden syphilitischen Produkte wurden, in kleine Stückchen zerschnitten, in absolutem Alkohol während mehrerer Tage gut gehärtet. Zur

Anfertigung der mikroskopischen Schnitte wurde das gehärtete zu untersuchende Stück in Wasser etwa 10 Minuten aufgeweicht und mit einigen Tropfen Wasser bedeckt auf der Metallplatte des Gefriermikrotoms festgefroren. Die möglichst dünn hergestellten Schnitte wurden in 1/2 p. z.ige Kochsalzlösung gebracht und darauf in eine flache Schale mit absolutem Alkohol die einzelnen Schnitte nacheinander eingetragen und sorgfältig ausgebreitet. Im Alkohol verblieben die Schnitte so lange, bis sich keine Luftbläschen mehr an ihnen zeigten. Alsdann kamen sie in eine wässerige 1 p. z.ige Gentianaviolettlösung und verblieben darin 24 bis 48 Stunden. Die Entfärbung geschah so, dafs jeder Schnitt wenige Sekunden in einem schwachen Salpetersäuregemisch (1 : 15 Wasser) bewegt und dann in 60 p. z.igen Alkohol gebracht wurde. In letzterem gaben die Schnitte in etwa 5 bis 10 Minuten reichlich Farbe ab, und wurde daher der Alkohol meist einmal erneuert."

„Blafsveilchenblau kamen alsdann die Schnitte in eine schwache, durchsichtige, wässerige Lösung von Saffranin, die man sich jedesmal wieder frisch bereitete, zur Überfärbung. Eine Minuten genügten, um die Schnitte intensiv rot zu färben. Der betreffende Schnitt wurde alsdann in 60 p. z.igem Alkohol in wenigen Sekunden rasch abgespült, einige Sekunden nur in absolutem Alkohol entwässert, in Zedernöl aufgehellt und in Canadabalsam untersucht bei gering abgeblendetem Abbeschen Kondensor und homogener Immersion 1/20 Zeiss."

Auf diese Weise wurden in 6 Untersuchungsobjekten die Bacillen blau gefärbt, das Gewebe und namentlich die Kerne hellrot, ohne dafs die Doppelfärbung Niederschläge erzeugt hätte.

Die Beschreibung der Bacillen selbst, ihre Häufigkeit und ihre Lagerung stimmen so vollkommen mit der oben wiedergegebenen Beschreibung Lustgartens überein, dafs es einer Wiederholung der Worte dieses Autors gleichkäme, wollte ich hier nochmals die Details wiederholen. Die Verf. selbst sagen: „Lustgartens neueste Veröffentlichung läfst die von uns gefundenen Bacillen mit den Lustgartenschen Bacillen identisch erscheinen." Dafs diese so wohl charakterisierten Bacillen das syphilitische Virus darstellen, ist zwar sehr wahrscheinlich, der exakte Beweis durch Züchtung und Impfung steht aber noch aus. Die bisherigen Züchtungsresultate haben ein durchaus negatives Resultat ergeben. Die Verf. werfen die Frage auf, ob zur Züchtung vielleicht menschliches Blutserum erforderlich ist, da Tiere doch nach der jetzigen Anschauung für Syphilis nicht empfänglich sind.

Altona. Appel.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland, Österreich, Rufsland, Schweiz.

Dr. Rohrer in Zürich beobachtete im Verlaufe von **Masern** plötzliche totale **Taubheit**, entstanden durch Reizung und Lähmung des Acusticus nach Tubenverschlufs. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Ärzte.* 1884. Nr. 24.)

Rossolymmo in Moskau beobachtete bei einem Tabiker im vorgeschrittenen Stadium trophische Störungen der Haut im Gebiete des rechten Trigeminus, nämlich hellrosagefärbte Flecke und büschelförmiges Ergrauen der Haare. (*Archiv f. Psych.* Bd. XV. Hft. 3.)

S. Lukaschewitsch empfiehlt zur Behandlung der akuten **Epididymitis** zweimal täglich Einwickelung mit Lehmbrei. (Nach *Deutsche Medicinalzeitg.* 1885. Nr. 1.)

Grigorjew in Tiflis sah gute Resultate bei Anwendung von **Jodoformsalbe gegen Scabies**, Heilung in 5—6 Tagen.

H. Fremmert (*St. Petersburger Med. Wochenschr.* 1885. Nr. 1) gibt an der Hand eines genau beobachteten Falles eine Kritik der **Leukoplakie des Mundes und der Zunge.** Die Krankheit ist unheilbar. F. hält Schwimmers Darstellung im *Archiv f. Derm. u. Syphilis* für eine wirklich erschöpfende und unterschreibt besonders Schwimmers Ausspruch, „dafs sich auf syphilitischem Boden wohl auch Leukoplakie entwickeln könne, diese aber nicht stets ein Syphilisprodukt sei.

Hyrntschak (Referat d. *St. Petersburger Med. Wochenschr.* 1885. Nr. 2) machte in der allgemeinen Poliklinik in Wien vergebliche Versuche, Kaninchen mit dem Blute eines an nicht erblichem **Morbus maculosus Werlhofii** leidenden Knaben zu infizieren, im Gegensatz zu den positiven Impfungen und Mikroorganismenbefunden von Petrone und Creyne-Marchand.

Ebendaselbst wird von Dr. Corys Experimenten aus London berichtet, welcher behauptete, die **Vaccine Syphilitischer** sei unschädlich, wenn nur kein Blut mitkomme. Bei drei Impfungen an sich selbst hatte der Experimentator Glück, bei der 4ten infizierte er sich mit Syphilis.

Witkowski macht im *Med.-chir. Centralblatt.* 1885. Nr. 4 den probablen Vorschlag, die **Gonorrhöe** mit gesättigter **Seifenauflösung** als Einspritzung oder mit Bougies aus Mandelöl-Sodaseife zu behandeln. Die Seife wirkt dabei nur als Antiseptikum. Verf. hat seit 20 Jahren mit gutem Erfolg obige Therapie angewandt.

Altona. Appel.

Amerika.

Henry Stelwagon hielt in Philadelphia einen Vortrag über **Acne indurata** und deren Behandlung. Man kommt nicht aus ohne mechanische örtliche Behandlung. St. punktiert am liebsten mit dem Tenotom, welches in jedem Taschenbesteck vorhanden ist. Zweimal wöchentlich wird die Skarifikation wiederholt und braucht bei kleineren Läsionen nicht öfter gemacht zu werden. Die nachfolgende Blutung soll durch heifses Wasser unterhalten werden. Eiterbildung kommt fast nie vor. Überhaupt ist heifses Wasser für jede Form von Akne sehr nützlich. Abends vor dem Schlafengehen sollen eine Zeitlang heifse Umschläge gemacht und sehr oft erneuert werden, wodurch die Akneknoten erweicht werden. Andre Behandlungsmethoden sind Ätzungen mit salpetersaurem Quecksilber 1:8 Wasser oder mit 95%iger Karbolsäure. Die letztere wird am einfachsten mit einem zugespitzten Zündholz aufgetupft. Vor 5 Tagen wird die Ätzung nicht wiederholt. Hat schon Eiterbildung stattgefunden, so mufs der scharfe Löffel die Skarifikationsinstrumente ersezten. Auch die Elektrolyse hat St. versucht, dieselbe ist jedoch schmerzhaft und hat keine besonderen Vorzüge. Bestimmte Behandlungsmethoden für alle Fälle lassen sich nicht geben, da jeder Fall ein Studium für sich erfordert.

In einem Vortrage in der American Dermatological Association sprach Stelwagon über **Impetigo contagiosa.** Es existieren so verschiedene Beschreibungen der Krankheit, dafs man annehmen mufs, sie trete in verschiedenen Ländern verschieden auf. Kaposi leugnet dieselbe ganz und identifiziert sie mit gewissen Formen von Ekzem, Trichophyton tonsurans oder Pediculosis. St. kommt zu dem Schlufs, dafs sie eine akute Infektionskrankheit mit Lokalisation an der Haut sei.

Stelwagon veröffentlicht einen interessanten Fall von **Herpes Iris,** ausgezeichnet 1. durch die Ausdehnung über den ganzen Körper mit Ausnahme

gerade der Hand- und Fufsrücken, 2. durch die besonders schönen Farben der Ringe, die bis zu sechs ineinander geschaltet waren, 3. durch die lange (dreimonatliche Dauer).

Dr. Reynolds (*Floria Med. Monthly.* 1885. Mai. p. 605) empfiehlt bei der Behandlung des **Lupus erythematosus** abends den Gebrauch von heifsem Wasser und grüner Seife, worauf eine Schwefelsalbe (1 : 8 Vaselin) über Nacht aufgestrichen wird. Am nächsten Tage bestreut er die Stellen morgens und abends mit fein pulverisierter Borsäure. Wenn die Krankheit auf kleine Stellen beschränkt war, hat er gute Erfolge durch die multiple Stichelung mit der elektrischen Nadel erhalten.

Dr. C. G. Yemans empfiehlt zur Kur **eingewachsener Fufsnägel** das Wegschneiden allen Gewebes, welches über den Nagel hervorragt, und läfst dann die Wunde durch Granulation heilen. Die Zusammenziehung bei der Vernarbung zieht das Gewebe vom Nagel ab und bewirkt, dafs der letztere eine schützende Decke für die Zukunft darstellt. Er empfiehlt dies Verfahren, indem er glaubt, dafs das Leiden von einer Hypertrophie der Zehe selbst herrührt.

Dr. Nevins Hyde liefert in dem *Chicago Medical Journal and Examiner* einen Artikel über **Hautaffektionen, hervorgerufen durch Temperaturveränderungen bei kaltem Wetter.** Ein Abfall von relativ hoher zu relativ niedriger Temperatur, öfter als das Gegenteil, ist für die Erzeugung dieser Hautleiden wirksamer als eine Temperatur, die einige Zeitlang gleichmäfsig niedrig bleibt. In Chicago wechselt die Temperatur oft um 20—40° F. an einem Tage, und dieser Wechsel zeigt sich an empfindlichen Individuen selbst wenn dieselben sich den ganzen Tag im warmen Zimmer aufhalten. Die gewöhnlichsten hierhin gehörigen Affektionen sind „verklammte" Hände und Gesicht, Frost der Lippen, Nase, Wangen und Ohren und Frostbeulen der Hände und Füfse. Ebenfalls sehr gewöhnlich ist der „Pruritus hiemalis" von Duhring. Derselbe besteht in mehr oder weniger starkem Jucken, Prickeln und Brennen der genannten Körperoberfläche, welches im Bette und bei jeder Temperaturveränderung schlimmer sind. Die Haut ist entweder ganz normal oder trocken und rauh anzufühlen. Bestimmte Hautläsionen sind aufser Kratzeffekten nicht zu finden, die bei sehr intensiver Erkrankung zu einem Ekzem ausarten können. Die Läsionen befinden sich dann hauptsächlich an solchen Stellen, die für die Fingernägel erreichbar sind. Eine andre Form von Hautleiden, die durch atmosphärische Einflüsse entsteht, ist ein meist papulöses Ekzem, das meist ohne vorhergehendes Jucken und unabhängig von einem Trauma entsteht. Die Papeln können umschriebene Flecke bilden, sind aber öfter unregelmäfsig über den ganzen Körper zerstreut und hin und wieder mit Bläschen untermischt. Andre Ekzemformen mögen auch durch Kratzen herbeigeführt werden und dann dem bei Pruritis hiemalis ähneln. Weiter erzeugt die Kälte Urticaria, bei Frauen und Kindern häufiger als bei Männern. Sodann treten bei andern Patienten Furunkel auf dem Gesäfse, dem Halse, den Armen, Beinen und Händen auf, und zwar bei sonst ganz gesunden Individuen, bei denen die Furunkel nur von einer Reizung der Haut herrühren. Endlich beeinflufst der Temperaturwechsel einige Hautkrankheiten in ungünstiger Weise, so das typische, seborrhoische Ekzema capitis bei Kindern und die Psoriasis der Erwachsenen. Anderseits gibt es viele Patienten, deren Hautaffektionen sich im Winter bessern.

Dr. A. Atkinson behandelt den **Pruritus ani** in der Aprilnummer der *Virginia Medical Monthly* dieses Jahres. Als Ursachen erwähnt er die Abhängigkeit von inneren Hämorrhoiden, Verstopfung, profuser Diarrhöe, Askariden, Reiben des Afters und Umstände, die ihn erhitzen, und zu warme Bedeckung im Schlafe. Tabak, Alkohol, Thee und Kaffee und alle Dyspepsie erzeugenden Ursachen verschlimmern das Übel. Oft führt beständiges

Kratzen zur Bildung einer Rhagade, die ihrerseits das Übel sehr verschlimmert. Zur Heilung des Übels rät der Autor, dafs der Kranke, sobald er mit Jucken erwacht — und dieses ist gewöhnlich nachts schlimmer — das Bett verläfst und den Teil abkühlt, indem er sich auf eine kalte Fläche oder in ein kaltes Sitzbad setzt. Verstopfung mufs gehoben, die Diät geregelt und das Rauchen gemäfsigt oder ganz unterlassen werden. Waschen, Kratzen und Reiben der Teile mufs vermieden werden. Alle Hervorragungen überflüssiger Haut- oder Schleimhautfalten müssen entfernt werden. Als Abführmittel rät er ein salinisches Wasser an und vor dem Gebrauche des Podophyllins, welches das Übel verschlimmere. Er weist die Patienten an sich daran zu gewöhnen, gerade eben vor dem Schlafengehen ihren Stuhlgang abzumachen. Bromkalium wird empfohlen, um Schlaf herbeizuführen. Körperliche Übungen in frischer Luft und anstrengende Arbeit sind zur Erzeugung von Schlaf Medizinen vorzuziehen. Örtlich findet er ein Rektalsuppositorium von 0,10 Extr. belladonnae oder 0,25 Extr. opii aquos. nützlich. Chloral hat sich ihm als zu reizend erwiesen. Eine der besten Applikationen ist eine gesättigte Lösung von Borsäure. Aq. phagedaen. lutea und Merkurialsalben nützen oft, dürfen aber nicht eingerieben werden. Teersalben sind wirksam, aber den meisten Pat. unangenehm. Das Sitzen auf gepolsterten Möbeln mufs vermieden werden.

Dr. Müller berichtet über zwei Fälle von **Herpes Zoster**, die für die Frage von Interesse sind, ob dieses Leiden kontagiös sei. Eine junge Dame reiste 50 Meilen weit nach Hause, weil sie einen Zoster aquiriert hatte. Das Hautleiden nahm den Raum vom Sternum bis zur Medianlinie des Rückens ein. Drei Wochen, nachdem sie zu Hause angelangt war, befiel dasselbe Leiden ihre Mutter, eine alte Dame. Hier reichte der Zoster von der Nase über den Vorderkopf bis in die Nähe des Halses. Beide Fälle waren schwer und langdauernd. (*Med. Record.* 1885. 7. März.)

Dr. Eliot verordnete einer Frau wegen pleuritischer Schmerzen eine Mixtur, die 1,0 Kaliumjodat in 30,0 Mucilago enthielt, die theelöffelweise 2stündlich genommen werden sollte. Nach zwei Dosen (0,25 des Salzes) stellten sich ausgesprochene Symptome von Jodismus ein und zugleich erschien ein **Jodkaliumausschlag** in Gestalt roter Flecke im Gesicht. Diese nahmen, obgleich die Medizin ausgesetzt wurde, die nächsten Stunden an Höhe zu und ähnelten Variolaknötchen. Die Kranke hatte sich einer Variolainfektion nicht ausgesetzt. Jn acht Stunden begannen dieselben zu schwinden und waren zwei Tage später verschwunden. (*Med. Record.* 1885. 25. März.)

New-York. G. Th. Jackson.

Psoriasis bei einem Kinde unter 4 Jahren beschreibt Stelwagon (*Med. Times*). Aufser diesem sind nur 2 Fälle veröffentlicht. Das Kind wurde 3 Monate vergeblich mit Arsenik behandelt und entzog sich dann der Beobachtung.

Einen neuen Beitrag zum Kapitel der **Arzneiexantheme** liefert derselbe *Med. Record*) in der Veröffentlichung eines Falles, wo der Pat. nach dem innerlichen Gebrauche von höchstens 20 g chlorsaurem Kali zu 2 verschiedenen Malen ein Exanthem bekam, welches anfänglich irrtümlich für Erythema multiforme gehalten wurde.

Derselbe hat mehrere Heilungen von **Acne rosacea** durch mehrmonatliche Behandlung mit Umschlägen von Solutio Vlemmingkx gesehen und empfiehlt dieselbe zu weiteren Versuchen.

Derselbe gibt (in *Med. Times*) eine analytische Studie über 2093 Fälle von Hautkrankheiten in bezug auf ihre relative Häufigkeit, auf den Einflufs des Alters und der Jahreszeit. Die aus den Tabellen ersichtlichen Resultate lassen sich hier natürlich nicht wiedergeben.

Altona. Appel.

England.

In Fällen von **Herpes tonsurans des Kopfes**, die in England besonders unter den Schulkindern der Volksschulen eine grofse Plage bildet, und gegen welche bis jetzt keine staatlichen Mafsregeln ergriffen sind, wurden vor kurzem mehrere therapeutische Verfahren empfohlen ALDER SMITH, der sich mit dieser Frage viel beschäftigt hat, findet, dafs eine Chrysarobin-Chloroformlösung (0,40 : 30,00) eine ausgezeichnete Wirkung hat. LIVEING zieht das Sodiumhypophosphit (4,0—6,0 : Aq. 30,00) allen andern Mitteln vor.

Gegen **stinkende Fufsschweifse** findet STEWART (*Edinb. Med. Journ.* March 1885) Kali hypermanganicum immer heilsam. Die Füfse müssen zuerst gehörig in heifsem Wasser gewaschen und dann während einiger Minuten in Kalihypermanganlösung (0,27—0,40 : Aq. 30,00) getunkt werden. Hierauf werden sie getrocknet und nicht wieder gewaschen, ehe die Hornschicht sich völlig abschuppt. Wenn notwendig, Wiederholung der Prozedur.

Die **Wirkungen von sehr starken Elektrizitätsströmen auf die Haut** sind von SHIELD und DELÉPINE (*Brit. Med. Journ.* 1885. March 14) untersucht worden. Ein starker junger Mann fiel plötzlich von einer elektrischen Dynamo, woran er eben arbeitete, zurück und starb. Bei der Autopsie wurde eine auffallende Hyperämie der Haut des Kopfes, Halses, Oberbrustteils und Armes wahrgenommen, auch auf der äufseren Seite des linken Zeigefingers eine kleine längliche, circa 1 cm lange und 0,25 cm breite Blase. Ein roter Hof war nicht zu sehen, auch roch sie nicht nach verbrannter Epidermis. Diese Blase wurde zum Gegenstande einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung von S. und D. gemacht. Die ganze Dicke des die mittlere Zone der Blase bedeckenden Str. corneum hatte genau das Aussehen der obersten Schichte der unzerstörten Epidermis der umliegenden (äufseren) Zone; sämtliche Zellen schienen plötzlich verhornt zu sein und stellenweise so verschmolzen, dafs sie eine homogene, wachsartige Substanz darstellten. Das Str. lucidum war auch viel deutlicher, wo es von der Seite nach dem Zentrum hinüberzog, als im normalen Zustande der Fall ist; ausgenommen am zentralen Teil selbst, wo sie sich vom Str. corneum nicht unterscheiden liefs. Das Str. granulosum wurde mit dem Str. spinosum zusammengeschmolzen und in eine kolloide, lobuläre, vakuolierte Masse verwandelt. Die Stachelschicht war erheblich verändert dadurch, dafs am Rande der Blase sie ungefähr auf das zweifache verdickt und die ganze Schicht von den Papillen abgehoben war. Die Kernhöhlen waren sehr ausgedehnt und die Kerne selbst hatten etwa die Gestalt der scheibenförmigen Äquatorialplatten, wie sie bei der Karyokinesis vorkommen. Gegen das Zentrum waren die Zellen unter der Wirkung der Hitze noch mehr erweicht, in eine zähe Substanz umgewandelt, die bei der Erhebung der Hautdecke in langen Fibrillen herausgezogen worden war. In der Mitte der Blasengrundes waren die interpapillaren Zapfen abgerundet und teilweise ganz vernichtet, während das unterliegende Gewebe seine Fibrillation beinahe ganz verloren hatte, und die dazu gehörenden Gefäfse waren auch entweder verschmolzen oder zerklüftet und zersprengt. Die MEISSNERschen Körperchen und die Nerven konnte man am Rande der Blase mit aufsergewöhnlicher Klarheit wahrnehmen. Im Subkutangewebe fand eine leichte Gerinnung in der obersten Lage statt; sonst war da sehr wenig Abnormes zu konstatieren. Nähere Details nebst einem Vergleich mit gewöhnlichen Brandblasen behalten sich die Autoren für eine spätere Veröffentlichung vor.

WARNER (*Brit. Med. Journ.* 1885. March 7) berichtet über einen mit **Urticaria** behafteten Kranken, der zu derselben Zeit an Asthma und häufigem Erbrechen litt. Nach einem siebenwöchentlichen Bestande trat ein akuter Rheumatismus hinzu, welcher nebst der Urticaria und seinen Begleitern durch

eine Natriumsalicylbehandlung in 4 Tagen vollständig zum Schwinden gebracht wurde. Da W. einige Male Quaddeln auf den Fauces bemerkt hatte, glaubte er, dafs deren Auftreten auf der Magen- und Bronchialschleimhaut wahrscheinlich die Ursache der asthmatischen Anfälle bildete.

Manchester. BROOKE.

RICHMOND veröffentlicht in *Lancet* 1884. Sept. 27 seinen **Apparat zur unblutigen Behandlung der Phimosis.** Ein- bis zweimal wöchentlich wird der Apparat, welcher aus zwei durch Schraubenwirkung auseinander zu drängenden Branchen besteht, in den Vorhautsack eingeführt. Heilung in ca. 6 Wochen.

Altona. APPEL.

Frankreich.

Über den **Tripper der Frauen,** von L. MARTINEAU (*Ann. médico-chirurg.* 1885. März). Vorwiegend beschäftigt sich Verf. mit der gonorrhoischen Erkrankung der Uterusinnenfläche. Dieselbe ist entweder primär oder direkt fortgeleitet von Vaginitis oder indirekt auf dem Wege der Lymphgefäfse. Ist sie akut, so macht sie stürmische Erscheinungen; leicht wird sie chronisch und lokalisiert sich in den Schlupfwinkeln der uterinen Drüsen. Die Spiegelbefunde sind charakteristisch. In jedem Stadium sind im Sekret Gonokokken nachweisbar.

Altona. APPEL.

Verschiedenes.

Aus: *Die Aromata*, von Dr. REINHOLD SIGISMUND. Leipzig 1884. „Verschweigen kann ich aber nicht, dafs DIOSCORIDES schon eine ausgezeichnete Vorschrift gibt, um tierische Fette zur Aufnahme aromatischer Stoffe geschickt zu machen. Sie verdiente, heute noch nachgeahmt zu werden. Rinderfett, Hirschfett, das Mark der Tiere wurde von allen Häuten gereinigt, in einem ganz neuen Gefäfs mit ein wenig Salz geschmolzen, in ganz reines Wasser gegossen, wo man es durch Reiben mit den Händen auszuwaschen suchte, mit öfterer Erneuerung des Wassers. Dann kochte man mit gleichen Teilen wohlriechendem Wein, hob es dann vom Feuer und liefs es eine Nacht zusammen stehen. Am nächsten Tage wurde das erkaltete Fett abermals in einem ganz neuen Gefäfse mit wohlriechendem Weine gekocht und diese Prozedur wurde so lange wiederholt, bis das Fett allen unangenehmen Geruch verloren hatte, worauf man es mit den wohlriechenden Stoffen zusammenbrachte." (p. 79.)

„Die gepulverten, die Diapasmata, dienten zum Bestreuen der Matratzen, ja selbst der Haut. Nach PLINIUS war ihr Zweck, den Schweifs zu beschränken (*Diapasmata fiunt ad sudores coërcendos.* PLIN. *Hist. natur.* lib. XXI. 73) und nennt er hier besonders die Streupulver aus Rosenblättern, wie DIOSCORIDES (lib. I. 131) thut."

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur.

MICHELSON, *Über abnorme Haarentwickelung beim Menschen.* Sep.-Abdr. *Phys.-ökon. Gesellsch. Königsberg.*

— *Zum Capitel der Hypertrichosis.* Sep.-Abdr. VIRCH. *Archiv.* Bd. 100.

— *Zweite und letzte Bemerkung des Herrn* v. SCHLEN *über die Ätiologie der Alopecia areata* (*Area Celsi*). Sep.-Abdr. Ebendaselbst.

GRÜNFELD, *Die Lokalbehandlung bei Syphilisformen. — Wiener Klinik.* 1885. März.

Demitsch, *Ein Fall von Pityriasis rubra.* Sep.-Abdr. *Petersburg. med. Wochenschr.* 1885. Nr. 11 u. 12.

Schott, *Die Hautresorption und ihre Bedeutung für die Physiologie der Badewirkungen.* Sep. Abdr. *Deutsche med. Ztg.* 1885.

Cohn, *Über Pemphigus der Augen.* Sep.-Abdr. *Breslauer ärztl. Zeitschr.* 1885. Nr. 10 ff.

Giovannini, *Relazione sanitaria per l'anno 1884 dell' Opera pia degli ospizi marini pei fanciulli scrofolosi poveri.* Bologna 1885.

— *Intorno alla mitosi delle cellule dello strato Malpighi nell'investo epidermico.* Bologna 1885.

— *Sull'attività degli elementi del derma (Cariocinesi) in talune affezioni infiammatorie e neoplastiche della pelle. — Gazetta degli ospitali.* 1885. 3 Maggio.

Jackson, *Superfluous hair, the Russian dog-faced boy and facial hirsuties in women. — Medical Record.* 1885. Mai.

Lesser, *Lehrbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten.* I. Teil. Hautkrankheiten. Leipzig, Vogel. 1885.

Touton, *Über das Xanthom, insbesondere dessen Histologie und Histogenese.* Sep.-Abdr. *Vierteljahrsschr. f. Derm.* 1885.

Esmarch u. Kulenkampff, *Die elephantiastischen Formen.* 4°. Mit vielen zum Teil farbigen Tafeln. Hamburg, J. F. Richter. 1885.

Vogel, *Zymotische Skizzen. Gährungspilze — Krankheitspilze.* Hamburg, J. F. Richter. 1885.

Inhalt: R. Bergh, Die Flohlarve als Pseudoparasit des Menschen. — V. Janowsky, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Schankerbubonen. — Pietro Gamberini, Die Dermatologie und Syphilographie in Italien. — P. G. Unna, Instrumente zur Injektion. — V. Janowsky, Untersuchungs- und Operationstisch. — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.** — **Verschiedenes.**

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Sendungen sind an einen der Herausgeber oder an die Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 18 zu richten.

Ausländische Korrespondenten der Redaktion: Dr. H. G. Brooke in Manchester, 189. High Street, Oxford Rd. — Dr. George Thomas Jackson in New-York, N.-Y. Policlinic. — Dr. E. Pontoppidan in Kopenhagen, Kjøbmagergade 52. — Dr. E. Renouard in Paris, 8 Rue St. Lazare.

Als **Ergänzungsheft** zu den *Monatsheften* erschien soeben:

Leprastudien. Von Prof. Dr. E. Baelz in Tokio (Japan). Prof. Dr. E. Burow in Königsberg i. Pr. Dr. P. G. Unna in Hamburg. Dr. A. Wolff in Strafsburg i. E. 80 Seiten Text mit 9 Abbildungen in photogr. Lichtdruck.

Inhalt: Lepraerinnerungen aus Norwegen, von Dr. A. Wolff. Mit 6 Abbildungen. — Über Lepra taurica, von Prof. Dr. E. Burow. Mit 1 Abbildung. — Beiträge zur Lehre von der Lepra, von Prof. Dr. E. Baelz. — Heilung eines Falles von Lepra tuberosa, von Dr. P. G. Unna. — Zur Färbung der Leprabacillen, von Dr. P. G. Unna. — Zur Histologie der leprösen Haut, von Dr. P. G. Unna.

Preis fur die Abonnenten der *Monatshefte* M. 3.—, für Nichtabonnenten im Einzelverkauf M. 6.—.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J F. Richter** in Hamburg.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 8. August 1885.

Alopecia areata und Bacterium decalvans,

mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungen von Dr. von Sehlen.

Von

George Thin, M. D.

in London.

Die vor kurzem von Dr. v. Sehlen in Virchows *Archiv* publizierte Beschreibung eines Mikrococcus, welcher die wirkliche Ursache des Haarverlustes bei der Alopecia areata darstellen soll, veranlafst mich, meine Ansicht über diesen Gegenstand mitzuteilen, da ich selbst eine ähnliche Theorie in den *Proceedings of the Royal Society*. No. 217. 1881 aufgestellt habe. Der Titel jenes Aufsatzes lautet: *On Bacterium decalvans, an organism associated with the Destruction of the Hair in Alopecia areata.*

Ich möchte nun in aller Kürze blofs auf zwei Punkte hinweisen:

1. Können von Sehlens Fälle als zweifellose Fälle von Alopecia areata hingenommen werden? Da ich nicht die ausführliche Mitteilung seines ersten Falles kenne, lasse ich denselben hier aus dem Spiele. Was den zweiten, fünften und sechsten Fall betrifft, so verstehe ich nicht recht, wie dieselben zu Zweifeln haben Anlafs geben können.

Schon allein das Alter der Patienten leistet ja genügende Bürgschaft. Herpes tonsurans des Kopfes bei Erwachsenen ist eine aufserordentlich seltene Erkrankung. Viele, welche Herpes tonsurans massenhaft behandelt haben, bekamen nicht einen solchen Fall zu Gesicht; der Haarboden des Erwachsenen ist nun einmal ein höchst

unfruchtbarer Boden für das Trichphyton. Dafs VON SEHLEN in so kurzer Zeit drei Fälle gesehen haben sollte, ist höchst unwahrscheinlich.

Sodann ist die klinische Erscheinung seiner Fälle die der Alopecia areata und nicht die des Herpes tonsurans.

Was den zweiten und dritten Fall betrifft, Knaben von sechs und acht Jahren, so würde ich nach der klinischen Schilderung allein nicht imstande sein, eine positive Überzeugung zu gewinnen. Aber wenn ein Autor von dem Geschick und der Erfahrung in wissenschaftlichen Arbeiten, welche sich in VON SEHLENS Arbeit dokumentieren, konstatiert, dafs die Haare bei der Untersuchung das Trichophyton vermissen liefsen, weshalb soll ich dieses Faktum bezweifeln? Trichophyton in Haaren zu erkennen, ist keine schwierige Sache. Nach meiner Ansicht steht es jedem Kritiker zu, die Genauigkeit der Diagnose anzuzweifeln, die nach den Erscheinungen gemacht ist, welche der bloſse Anblick des Kopfes ergibt; aber es scheint mir nicht gerechtfertigt, die Genauigkeit einer Angabe über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein des Trichphyton zu bemängeln, wenn diese von jemand herrührt, welcher nur einige Übung im Gebrauche des Mikroskops besitzt. Ich glaube übrigens, dafs selbst bei der Diagnose nach den klinischen Erscheinungen ein Irrtum kaum möglich ist, wenn der Beobachter eine genügende Erfahrung besitzt.

Dafs Zeichen von Reizung auch bei der Alopecia areata beobachtet werden, ist eine mir wohlbekannte Thatsache. In einem bemerkenswerten Falle, den ich vor einigen Jahren beobachtete, war ein zarter scharlachroter Ring (Kongestionszustand) rund um den haarlosen Fleck zu sehen. Die Gegenwart von kurzen Stümpfen auf den Flecken ist so häufig, dafs es unnötig erscheint, dieses Faktum überhaupt zu betonen.

Was die Gegenwart kleinster Schüppchen auf gewissen Teilen der Areataflecke betrifft, so wird die einfache Beschreibung des letzten, frischen Falles, der in meine Beobachtung gelangte, diesen Punkt genügend beleuchten. Speziell wegen dieser letzthin aufgeworfenen Frage nahm ich über diesen Fall ausführliche Notizen auf.

C. A., ein Knabe von 7 Jahren, wurde zu mir gebracht am 13. Juni 1885. Drei Wochen vorher hatte der Barbier beim Haarschneiden eine kleine kahle Stelle auf dem Scheitel bemerkt. Die Kahlheit verbreitete sich schnell über gröfsere Strecken. Als ich ihn untersuchte, war der Status folgender:

In der rechten Supraoccipitalregion, auswärts von der Mittellinie, befindet sich ein kahler, ovaler, von oben nach unten ca. 2 Zoll langer Fleck, der an der breitesten Stelle 1¼ Zoll im Breitendurchmesser hält. Der Rand des Fleckes ist leicht eingebuchtet, und die Oberfläche ist mit kurzen Stümpfen und sparsamen Härchen im

oberen und äufseren Drittel besetzt. Nach der Mittellinie zu ist die Stelle ganz kahl, mit Ausnahme einiger weniger Stellen, wo sich abgebrochene Stümpfe befinden. Unter diesen Stümpfen und an dem äufseren Rande erscheint die Hornschicht leicht erhoben und dünn besät mit äufserst feinen Schüppchen.

Getrennt von diesem Fleck durch eine 3/4 Zoll lange Strecke mit gesundem Haar in der hinteren, unteren Occipitalregion befindet sich ein unregelmäfsiger Fleck von 4 Zoll Breite und 2—3 Zoll Höhe, von oben nach unten gemessen. Rechts von der Mittellinie ist der Fleck ganz kahl. Links von derselben ist er mit spärlichen Härchen bedeckt. Der Rand ist unregelmäfsig, und an der oberen und unteren Kante der rechten Seite bemerkt man einige feine Schüppchen.

Aufser diesen zwei Areataflecken sind noch zwei kleinere auf der linken Seite der Occipitalregion vorhanden.

Zahlreiche Haare wurden von den Rändern der Flecke ausgezogen, welche meistens mit grofser Leichtigkeit dem Zuge folgten. Weder in diesen Haaren noch in den Stümpfen war Trichophyton tonsurans zugegen. Die Haare wiesen die charakteristischen Erscheinungen der Alopecia areata auf.

In diesem Falle waren die klinischen Erscheinungen, auf die ich nicht noch einmal einzugehen brauche, ganz ausgeprägt, und kein kompetenter Beobachter würde den Fall für einen Herpes tonsurans irrtümlich gehalten haben.

2. Ist der Organismus, welchen ich als Bacterium decalvans beschrieb, identisch mit dem Mikrococcus von Sehlens?

Ich glaube in der That an die Identität derselben. Die Körperchen, die ich beschrieb und abbildete, sind bestimmt Kokken. In den Zeichnungen, welche meine Arbeit illustrieren, sind es runde oder ovoide Körperchen. Meine diesbezüglichen Worte waren:

„The objects referred to were seen either as round or as elongated rounded bodies, and resembled in shape and in their refractive qualities the elements which I have described as Cocci in a paper on Bacterium foetidum in the *Proceedings of the Royal Society*. No. 205. 1880."

Ein kurzer Blick auf die Zeichnungen lehrt, dafs sie in Paaren und hin und wieder auch in einer Reihe und zu vieren angeordnet sind.

Was die Lage dieser Organismen betrifft, so konstatiere ich mit Bezug auf ein abgebildetes Haar, dafs

„the bacteria were found in a circular layer between the root sheath and the shaft of the hair. They had neither penetrated the root sheath nor the shaft."

Nachdem ich sodann über andre Eigentümlichkeiten berichtet, fuhr ich fort:

„I inferred from all these appearances that the bacterium penetrates downwards between the internal root sheath and the shaft. Towards the root of the hair it penetrates the hair substance, and as it multiplies it ascends upwards in the substance of the hair.“

Ich resumierte meine Beobachtungen in folgenden Worten:

„1. The facts are that minute bodies of definite and fixed shape and size are found in and on the hairs in Alopecia areata. These bodies are distinct from the granular elements present in hairs, and are neither oily particles nor crystals. They are of the size and shape, and have the refractive qualities of bacteria. When present in small numbers on the shaft the hair is entire, whilst within some hairs much affected by the disease they were found in great numbers.

2. The theory is that these bodies are bacteria, and that the disappearance of the hair is due to a breaking up of the hairshaft by the multiplication in it of the organisms.“

Meine Versuche, diese Organismen zu färben, mislangen, weil ich keine Methode kannte, durch welche sie hätten gefärbt werden können, ohne zugleich das Haar mitzufärben. Dr. v. Sehlen hat uns eine solche Methode kennen gelehrt, und es ist mir angenehm, daſs ich imstande bin, ihm auszudrücken, daſs ich sein Verfahren als einen groſsen Fortschritt begrüſse. Wenn seine Inokulationsversuche, welche mir der allergröſsten Beachtung wert zu sein scheinen, vervielfältigt uud bestätigt werden, wird dieser Fortschritt in unsrer Erkenntnis ein noch viel bedeutenderer sein. Ich habe vergeblich durch das Färbungsverfahren die Kokkennatur der Körperchen nachzuweisen versucht und keine Inokulationsversuche angestellt.

In betreff irgend einer Differenz in der Gröſse, die zwischen den Organismen von Sehlens und den meinigen gefunden werden könnte, so muſs ich leider mittheilen, daſs, als die Tafel, welche meine Arbeit illustriert, graviert wurde, ich durchaus nicht zufrieden war mit der Genauigkeit der Wiedergabe der Gröſse, wie ich sie auf meinen Zeichnungen angegeben hatte. Ich habe mich seit der Publikation jener Arbeit vergebens bemüht, meine Originalzeichnungen zurückzuerhalten. Dieselben sind durch einen unglücklichen Zufall verlegt worden.

22 Queen Anne Street. London W.
11. Juli 1885.

Zur Ätiologie und Behandlung der ulcerösen Merkurialstomatitis.

Von

Dr. Max Bockhart

in Wiesbaden.

Man hat häufig Gelegenheit zu beobachten, dafs Patienten, die einer antisyphilitischen Quecksilberkur sich unterziehen und während derselben die vorgeschriebene Hygieine der Mundhöhle mehr oder minder vollständig vernachlässigen, gleichwohl nicht von sogenannten Merkurialgeschwüren heimgesucht werden, ja nicht einmal an Salivation und Schwellung des Zahnfleisches zu leiden haben. Ebenso häufig aber beobachtet man auch, dafs Patienten trotz der sorgfältigsten und genauest durchgeführten Reinhaltung und Pflege der Mundhöhle und trotz des Gebrauches von chlorsaurem Kali schon kurz nach Beginn oder im Verlaufe einer allgemeinen Quecksilberbehandlung von heftigen Formen der ulcerösen Merkurialstomatitis befallen werden und dann die Fortsetzung der Quecksilberkur für einige Zeit unterbrechen müssen.

Diese Beobachtungen haben mich veranlafst, die Ätiologie der ulcerösen Merkurialstomatitis eingehender zu studieren. Ich habe sodann gefunden, dafs die Entstehung dieser Geschwüre nicht sowohl, wie man gewöhnlich annimmt, hauptsächlich von mangelhafter Mundhygieine oder vom Nichtgebrauche des chlorsauren Kalis herrührt, als vielmehr bedingt ist durch die Einwirkung des im Speichel enthaltenen Quecksilbers auf gewisse Stellen der Mundhöhlenschleimhaut, welche ihre obere Pflasterepithelschicht verloren haben.

Die Wangenschleimhaut bildet in der Regel in ihrer ganzen Ausdehnung eine ebene glatte Fläche. Bei vielen Individuen jedoch findet sich in der unteren Hälfte der Wangenschleimhaut eine horizontale, sehr schmale und niedrige, mit einer scharfen Kante gegen die Mundhöhle zu vorspringende Leiste. Diese Leiste liegt in einer Ebene mit der Berührungsebene beider Zahnreihen bei geschlossenen Kiefern. Sie ist durch die Kaubewegungen entstanden, indem während des Zerkauens der Speisen eine schmale horizontale, längere oder kürzere Falte der Wangenschleimhaut zwischen die Zahnreihen geriet und hier zusammengepreſst wurde. Dieser Vorgang wiederholt sich bei allen Kaubewegungen. Im Laufe der Zeit entsteht dann auf diese Weise eine bleibende Leiste in der Wangenschleimhaut, die bei allen Kaubewegungen zwischen die Zahnreihen gerät. Die Länge dieser Leiste variiert: sie erstreckt sich manchmal vom Eckzahn bis zu den hintersten Mahlzähnen; in der Regel trifft man sie von geringerer Ausdehnung, nicht selten nur gegenüber den letzten hintersten Mahlzähnen und dann von einer Länge, die genau der Breite eines dieser Zähne entspricht.

Fast ebenso häufig wie diese Anomalie der Wangenschleimhaut wird eine Abnormität des die unteren hintersten Mahlzähne (Weisheitszähne) umgebenden Zahnfleisches beobachtet. Der Durchbruch dieser Zähne erfolgt im 18. bis 30. Lebensjahre. Nun kann es vorkommen, dafs eine Merkurialkur eingeleitet werden mufs bei einem Individuum, dessen unterer Weisheitszahn zufällig eben im Begriff ist, aus seiner Alveole hervorzubrechen. Dann ist die ganze Krone dieses Zahnes noch von Zahnfleisch umgeben: das Zahnfleisch ragt noch über die Kaufläche dieses Zahnes wallartig empor. Es ist klar, dafs dieser über die Kaufläche des Weisheitszahnes emporragende Teil des Zahnfleisches bei den Kaubewegungen gedrückt resp. lädiert werden mufs. Dies Verhältnis des Zahnfleisches zu dem emporwachsenden Weisheitszahne ist natürlich noch keine Abnormität, kann aber, wie wir weiter unten sehen werden, die Entstehung eines Merkurialgeschwüres an diesem Orte bedingen. Dagegen kommt es nicht selten vor, dafs der untere Weisheitszahn auch nach Beendigung seines Durchbruches an der hinteren Hälfte seiner Kaufläche für die ganze Dauer seiner Existenz von Zahnfleisch bedeckt bleibt. Das Zahnfleisch endigt in diesem Falle nicht, wie es normalerweise geschieht, mit fein zugeschärftem Rande am Zahnkronenhalse, indem es diesen vollständig umgibt, sondern es überzieht die ganze hintere Zahnfläche und bedeckt von hinten her in gröfserer oder geringerer Ausdehnung kappenförmig die Kaufläche des Zahnes. Dieser, der Kaufläche des unteren Weisheitszahnes aufliegende kappenförmige Wulst kann sich bis über die Mitte derselben erstrecken. An den oberen Weisheitszähnen beobachtet man eine derartige Anomalie nicht.

Ich habe im Verlaufe von fast 3 Jahren bei einer Anzahl von 300 Personen — 200 Männern und 100 Frauen — im Alter von 20—55 Jahren, deren Mundhöhle ich untersuchte, festgestellt, in welcher Häufigkeit jene beiden Anomalien, nämlich die Leisten der Wangenschleimhaut und die Überlagerung der unteren Weisheitszähne durch Zahnfleisch, zur Beobachtung kommen. Der gröfsere Teil dieser 300 Personen betraf Individuen, die im Jahre 1883 als Patienten in der Syphilis-Abteilung des Julius-Spitales zu Würzburg sich befanden. Unter den 300 Personen sind auch die mitgezählt, welche nur noch einen Teil ihrer Zähne oder gar keine mehr besafsen, oder bei denen die Weisheitszähne noch nicht durchgebrochen waren. Ich erhielt folgende Resultate:

		Leisten der W.-Schleimhaut:	Zahnfleischwülste:	[Darunter beide Anomalien gleichzeitig:
Männer	200	65 = 32,5%	40 = 20 %	21 = 10,5%
Weiber	100	44 = 44 %	28 = 28 %	19 = 19 %
Sa:	300	109 = 36,3%;	68 = 22,7%;	40 = 13,3%]

Man sieht, die beiden Anomalien sind häufiger bei Frauen als bei Männern. Die Leiste der Wangenschleimhaut fand sich fast immer beiderseitig; sie zeigte in der Regel Zahneindrücke. Die Zahnfleischwülste auf dem unteren Weisheitszahn waren in ca. $^2/_3$ der Fälle beiderseitig, in ca. $^1/_3$ der Fälle einseitig.

Es ist von vornherein einleuchtend, dafs der Epithelüberzug der eben beschriebenen Leisten und Wülste der Wangenschleimhaut und des Zahnfleisches während der Kaubewegungen häufig verletzt, abgeschürft werden mufs; namentlich wird an jenen der Kaufläche der unteren Weisheitszähne aufliegenden Zahnfleischwülsten eine derartige Verletzung des Epithels leicht eintreten, weil dieses hier, wie am Zahnfleisch überhaupt, sehr dünn ist. Dieser Satz läfst sich leicht beweisen: Wenn man die Mundhöhle von Individuen, die mit solchen Leisten der Wangenschleimhaut oder Zahnfleischabnormitäten behaftet, oder bei denen die durchbrechenden unteren Weisheitszähne noch von Zahnfleisch überlagert sind, gleich nach einer gröfseren Mahlzeit bei zweckmäfsiger Beleuchtung genau untersucht, so findet man, dafs die Oberfläche jener Stellen dort, wo sie dem mechanischen Insult der Zähne am meisten ausgesetzt war, in gröfserer oder geringerer Ausdehnung ihre oberste Pflasterepithelschicht ganz oder teilweise verloren hat. Die ihres obersten Epithellagers beraubten Stellen haben eine glanzlosere und rauhere Oberfläche im Vergleiche mit der übrigen spiegelglatten Schleimhaut. Der Wiederersatz der abgeschürften obersten Epithelschicht geschieht, wie man sich durch wiederholte Mundinspektion leicht überzeugen kann, sehr rasch, schon nach 6—12 Stunden, je nach der Ausdehnung der epithelberaubten Stelle. Es findet also bei solchen Individuen ein beständiger Verlust und Wiederersatz des Epithels jener Leisten der Wangenschleimhaut und Wülste des Zahnfleisches statt.

An eben diesen Stellen nun beginnt in der Regel im Verlaufe einer nicht zu stürmischen Quecksilberkur die ulceröse Merkurialstomatitis, entweder an einer allein oder an allen zugleich.

Dieser Umstand führt bei der Untersuchung nach den Bedingungen, unter welchen ein Merkurialgeschwür zustande kommt, ganz von selbst darauf, den Einflufs des Hg auf epithellose Stellen der Mundhöhle zu studieren. Denn der Speichel merkurialisierter Individuen enthält Hg. Durch eine Reihe von Untersuchungen wurde mit Sicherheit festgestellt, dafs das dem menschlichen Organismus einverleibte Hg auch durch den Speichel ausgeschieden wird. Ich selbst habe bei 6 Kranken 18 derartige Speichelanalysen nach der Ludwig-Fürbringerschen Methode durchgeführt. Es wurde der Tagesspeichel dieser 6 Kranken, die alle 25 Injektionen teils (3) von Peptonquecksilber, teils (3) von Blutserumquecksilber erhielten, je 3 mal untersucht, nämlich nach der 5., nach der 15. und nach der 25. Injektion. Die Peptonatfälle fielen in die Monate Juli bis

November 1884, die mit Blutserumquecksilber behandelten in die Monate März und April 1885.

Ich erhielt folgende Resultate:

Analysen	mit positivem Resultate:	mit negativem Resultate:
nach der 5. Injektion:	1 (1)	5 (0)
nach der 15. „	2 (2)	4 (0)
nach der 25. „	5 (3)	1 (0)

Die eingeklammerten Zahlen bezeichnen die Anzahl der an Stomatitis leidenden Patienten.

Ein Patient bekam schon vor der 5. Injektion geringgradige Stomatitis und hatte daran mit einigen Unterbrechungen während der ganzen Kur zu leiden; ein zweiter Patient wurde von dieser Mundaffektion erst von der 14. Injektion an befallen, und ein dritter bekam Stomatitis erst gegen das Ende der Kur. Alle drei Stomatitis-Patienten hatten Hg im Speichel; zwei davon hatten beiderseitige Leisten der Wangenschleimhaut und Zahnfleischwülste über den beiden unteren Weisheitszähnen, einer hatte nur diese letztere Anomalie. Keiner der Patienten, die am Tage der Analyse kein Hg im Speichel hatten, litt zu dieser Zeit an Stomatitis. Im Speichel eines Patienten konnte bei sämtlichen drei Untersuchungen Hg nicht nachgewiesen werden. Ob bei diesem Kranken überhaupt kein Hg in den Speichel überging, was kaum anzunehmen ist, oder ob an allen drei Untersuchungstagen nur zufällig kein Hg im Speichel vorhanden war, was wahrscheinlicher sein dürfte, wurde nicht weiter untersucht. Die Menge des während einer Merkurialkur durch den Speichel des betreffenden Kranken ausgeschiedenen Hg ist, wie SCHMIDT[1] durch quantitative Untersuchungen nachgewiesen hat, eine geringe, selbst wenn die Patienten an Stomatitis leiden.

Die eben beschriebenen Analysen bestätigen, wie gesagt, was andre Untersucher schon nachgewiesen haben, dafs nämlich der Speichel von Kranken, die an ulceröser Merkurialstomatitis leiden, stets Hg-haltig ist.

Um nun zu eruieren, in welcher Weise Hg auf epithelberaubte Stellen der Mundhöhlenschleimhaut einwirkt, habe ich folgende 8 Versuche angestellt:

I. L. R., 14 Jahre alt, Ökonomenkind. Patient litt sehr häufig an Herpes-Eruptionen der Zungen- oder Wangenschleimhaut; diese Bläschenausschläge waren jedesmal nach 3—5 Tagen geheilt. 3. VI. 84. Neun Geschwürchen, bedeckt von sehr dünnem, grauweifsem Belag, hervorgegangen aus geplatzten Herpesbläschen auf

[1] SCHMIDT, *Ein Beitrag zur Frage der Elimination des Quecksilbers.* Dorpater Dissertation. 1879. Ref. in *Vierteljahrsschrift f. Derm. u. Syph.* 1882. p. 369.

der linken Seite des Zungenrandes; halbstündliche Bepinselung der Geschwürchen mit 1‰iger Sublimatlösung während des ganzen Tages; Zähne und Zunge werden nicht gereinigt, in specie Zungenbelag nicht abgeschabt; 5. VI. Mehrere Geschwürchen haben sich vergrößert und sind konfluiert, so daſs heute 5 gröſsere Geschwürchen mit etwas dickerem Belag als am 3. VI. bestehen. 6. VI. Die 5 Geschwürchen haben einen grauweiſsen diphtheritischen Belag, zackige Ränder, sind von dunkelrotem Hof umgeben und können nach ihrem Aussehen von Merkurialgeschwüren nicht unterschieden werden. Lebhafte Schmerzen der linken Zungenseite. Die mikroskopische Untersuchung des nekrotischen Belages ergibt, daſs derselbe im wesentlichen aus Bakterien besteht; natürlich waren sehr viele Pilzspecies vorhanden, Baccillen, Kokken und Spirillen. Am meisten vertreten waren eine Baccillenart in Leptothrixform und eine Haufen oder Wolken bildende Kokkenart; diese Kokken sind sehr klein, etwas kleiner als Erysipelkokken; sie färben sich nicht gut mit basischen Anilinfarben, indes mit Methylviolett etwas besser als mit Fuchsin; sie bilden immer groſse Haufen oder Rasen. Die Leptothrixfäden waren die unter dem Namen Leptothrix buccalis bekannten Baccillen, die wahrscheinlichen Erreger der Zahncaries. — Die bis heute vorgenommenen halbstündlichen Sublimateinpinselungen werden weggelassen; Ätzung der Geschwüre mit Bromwasserstoffsäure nach Gerhardt; Ausspülungen des Mundes mit lauwarmem Wasser. 10. VI. Geschwüre geheilt.

II. Derselbe Patient. 5. VIII. 84. Eruption von Herpesbläschen in der Mitte der linken Wangenschleimhaut. 6. VIII. An Stelle der geplatzten Bläschen findet sich eine Gruppe von sechs kreisrunden Geschwürchen, die von dünnem, grauweiſsem Belag bedeckt sind; halbstündliches Bepinseln der Geschwürchen mit 1‰iger Sublimatlösung den ganzen Tag über; Zähne und Zunge werden zweimal täglich gereinigt. 18. VIII. Die bis heute vorgenommenen Sublimateinpinselungen werden weggelassen. Die Geschwüre haben heute, nach 13 Tagen, noch dasselbe Aussehen wie am 6. VIII. Der grauweiſse, dünne, festanhaftende Belag besteht, wie die mikroskopische Untersuchung ergibt, aus den nekrotischen Zellen der unteren Epithelschicht; Bakterienbefund nicht reichlich; die oben beschriebenen Leptothrixfäden und kleinen Kokken auch hier unter den vielen andern Bakterienarten am zahlreichsten vertreten. — Die Sublimateinpinselungen werden weggelassen; Ausspülungen des Mundes mit reinem Wasser. 21. VIII. Geschwüre geheilt.

III. K. R., 24 Jahre alt, ein junger Mann, der sich freiwillig dem Versuche unterzog. Zwei je $2^1/_2$ cm lange Leisten der Wangenschleimhaut beiderseits mit Zahnabdrücken. Kappenförmige Wülste des Zahnfleisches, welche ein Drittel der Kaufläche der

beiden unteren Weisheitszähne bedecken. 2. II. 85. Die Leisten und Wülste werden den ganzen Tag über mit 1‰iger Sublimatlösung halbstündlich eingepinselt. Zähne und Zunge werden zweimal täglich gereinigt. 8. II. Die gegen die Mundhöhle zu vorspringende Kante der Leisten und eine ganz kleine runde Partie der Oberfläche jedes Zahnfleischwulstes ist von grauweifsem Belag bedeckt. Doch sind eigentliche Geschwüre und lebhaftere Entzündungserscheinungen nicht nachweisbar. Der grauweifse Belag besteht hauptsächlich, wie die mikroskopische Untersuchung ausweist, aus den abgestorbenen Zellen der tieferen Epithelschicht. Pilzbefund wie in Fall II. 17. II. Leisten und Zahnfleischwülste, immer noch von nekrotischem Epithel bedeckt, verhalten sich heute genau noch so, wie am 8. II. Die bis heute fortgesetzten Sublimateinpinselungen bleiben weg. Ausspülung der Mundhöhle mit lauwarmem Wasser. 18. II. Nekrotischer Belag abgestofsen; rotes, erodiertes Epithel liegt zutage. 19. II. Heilung.

IV. Dasselbe Individuum. 1. III. 85. Die Leisten der Wangenschleimhaut und die Wülste des Zahnfleisches werden den ganzen Tag über halbstündlich mit 1‰iger Sublimatlösung eingepinselt. Zähne und Zunge werden nicht gereinigt. 4. III. Die Kante der Leisten und ein kleiner Teil der Oberfläche der Zahnfleischwülste von grauweifsem Belag bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung dieses dünnen, festanhaftenden Belages ergibt, dafs derselbe im wesentlichen aus den abgestorbenen Zellen des tieferen Epithellagers besteht. Pilzbefund hier wie in Fall II. Geschwüre und Entzündungserscheinungen nicht nachweisbar. 7. III. An Stelle beider Leisten und auf der Oberfläche beider Zahnfleischwülste Geschwüre. Die Geschwüre der Leisten sind lineär, die der Zahnfleischwülste rund, von zackigen Rändern und je von der Gröfse des Umfanges einer Erbse. Alle Geschwüre sind von grauweifsem, diphtheritischem Belag bedeckt und von dunkelrotem Entzündungshof umgeben; lebhafte Schmerzen beim Kauen der Speisen. Nach ihrem Aussehen sind diese Geschwüre von Merkurialgeschwüren nicht zu unterscheiden. Mikroskopischer Befund wie in Fall I. — Sublimateinpinselungen, bis heute fortgesetzt, bleiben nun weg. Ätzung der Geschwüre mit Bromsäure; Ausspülen des Mundes mit Mundwasser von übermangansaurem Kali. 10. III. Geschwüre geheilt.

V. L. W., 28 J. alt, der sich freiwillig dem Versuche unterzog. Beiderseitige Leisten der Wangenschleimhaut, je ca. 1½ cm lang; Zahnfleischwulst auf dem linken unteren Weisheitszahn. Rechter unterer Weisheitszahn fehlt. Habitueller Zungenbelag. 10. II. 85. Die Leisten und der Zahnfleischwulst werden den Tag über halbstündlich mit 1‰iger Sublimatlösung eingepinselt; Zähne und Zunge werden dreimal täglich gereinigt. 14. II. Die Kante der Leisten und eine kleine runde Stelle auf der Oberfläche des

Zahnfleischwulstes ist grauweifs verfärbt; der grauweifse Belag ist sehr dünn und haftet ziemlich fest; er besteht, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, aus nekrotischen, tieferen Epithelzellen; Pilzbefund wie in Fall II. Keine entzündliche Reaktion in der Umgebung des Belages. 23. II. Die grauweifs belegten Erosionen der Leisten und des Zahnfleischwulstes zeigen heute genau noch dasselbe Verhalten wie am 13. II. Die bis heute geübten Sublimateinpinselungen bleiben weg; Ausspülung des Mundes mit Mundwasser von übermangansaurem Kali. 27. II. Erosionen überhäutet.

VI. Dasselbe Individuum. 8. III. 85. Die Leisten und der Zahnfleischwulst werden den Tag über mit 1‰iger Sublimatlösung eingepinselt. Zähne und Zunge werden nicht gereinigt. 10. III. Die Kante der Leisten und ein Teil der Oberfläche des Zahnfleischwulstes grauweifs verfärbt durch einen schleierartig dünnen Belag; die mikroskopische Untersuchung dieses Belages ergibt genau dasselbe Resultat wie im vorigen Falle am 14. II. 14. III. An Stelle der Leisten und auf der Oberfläche des Zahnfleischwulstes sind Geschwüre; die Form der schmalen Geschwüre der Leisten ist lineär, die des ganz kleinen Geschwürs auf dem Zahnfleischwulste rund, von zackigen Rändern; alle Geschwüre sind von ziemlich dickem, diphtheritischem Belag bedeckt und von lebhaft entzündetem, rotem Hof umgeben; nach ihrem Aussehen sind sie von Merkurialgeschwüren nicht zu unterscheiden; mikroskopischer Befund wie in Fall I. — Die bis heute fortgesetzten Sublimateinpinselungen bleiben weg; Ätzung der Geschwüre mit Bromsäure; Ausspülungen des Mundes mit Mundwasser von übermangansaurem Kali. 18. III. Geschwüre geheilt.

VII. Versuch an mir selbst. 18. III. 85. Mit einem kleinen scharfen Skalpell wird in einer Ausdehnung von der Gröfse eines halben Zwanzigpfennigstückes die oberste Epithelschicht auf der Schleimhaut des äufseren Zahnfleisches der unteren Schneidezähne entfernt. Halbstündliche Bepinselung der erodierten Stelle mit 1‰iger Sublimatlösung den ganzen Tag über; Zähne und Zunge werden nicht gereinigt. 20. III. Die Oberfläche der Erosion von weifslichem Belag bedeckt; keine entzündliche Reaktion in der Umgebung; der Belag ist schleierartig dünn, haftet aber fest; die mikroskopische Untersuchung zeigt, dafs er aus den abgestorbenen tieferen Epithelzellen besteht; spärlicher Pilzbefund. 23. III. Die Wunde hat sich in ein Geschwür verwandelt von zackigen Rändern und graugelbem, ziemlich dickem Belag. Die nächste Umgebung des Geschwüres ist lebhaft entzündet, dunkelrot, geschwollen und recht schmerzhaft. Das Geschwür hat ganz das Aussehen eines Merkurialgeschwürs. Mikroskopischer Befund im diphtheritischen Belag wie bei Fall I. — Die bisher geübten Sublimateinpinselungen bleiben weg. Ätzung des Geschwüres mit Bromsäure. Ausspülungen

des Mundes mit Mundwasser von übermangansaurem Kali. 27. III. Heilung.

VIII. Zweiter Versuch an mir selbst. 12. IV. 85. Mit dem scharfen Löffel wird in der Ausdehnung eines Zwanzigpfennigstückes die obere Schicht des Epithels der Schleimhaut der Unterlippe entfernt. Halbstündliche Einpinselung der Erosion mit 1 $^{0}/_{00}$ Sublimatlösung. Zähne und Zunge werden 2 mal täglich gereinigt. 16. IV. Die Erosion bedeckt von einem sehr dünnen, fest anhaftenden, grauweifsen Belag, der sich im Niveau der umgebenden gesunden Schleimhaut befindet. Der Belag besteht aus nekrotischen tiefen Epithelzellen; keine deutlichen entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung des Belages. 28. IV. Die Erosion befindet sich im nämlichen Zustande wie am 16. IV; wenig zahlreiche Pilze im Belag. — Die bis heute Tag für Tag fortgesetzten Sublimateinpinselungen bleiben weg. Ausspülung des Mundes mit Mundwasser von übermangansaurem Kali. 30. IV. Grauweifser Belag abgestofsen. 2. V. Heilung. —

Es liegen hier zwei Versuchsreihen vor. In den Fällen II, III, V und VIII handelt es sich um den Einfluſs des Hg auf Stellen der Mundhöhlenschleimhaut, welche ihre obere Epithelschicht verloren hatten, während zugleich die gröfste Masse der die Mundhöhle bewohnenden Pilze mehrmals täglich entfernt wurde und diese mithin nur eine geringe Wirkung auf die epithelberaubten Partien ausüben konnten. Das Resultat der ersten Versuchsreihe ist folgendes:

Patient II litt oft an Herpeseruptionen der Mundhöhlenschleimhaut; die geplatzten Herpesbläschen waren in der Regel nach 3—5 Tagen verheilt. In unserm Versuche aber, unter dem Einfluſs 13 Tage lang geübter Sublimateinpinselungen heilten sie nicht zu; die untere Epithelschicht nekrotisierte; Überhäutung fand nicht eher statt, als bis die Hg-Einwirkung aufhörte. Dafs diese Nekrose des tieferen Epithellagers eine Pilzwirkung gewesen sei, ist wahrscheinlich; ob die beiden oben namhaft gemachten Bakterienspecies in dieser Hinsicht eine ursächliche Rolle spielen, was, nach der Menge ihres Vorkommens zu urteilen, nicht unmöglich sein dürfte, oder andre Bakterien, konnte nicht näher untersucht werden. Ich will gleich hier bemerken, dafs ich jene beiden Bakterienarten im Belage echter Merkurialgeschwüre am zahlreichsten vertreten fand. Man trifft jene beiden Bakterienarten auch in den Wandungen kariöser Zahnhöhlen in Menge an. Von einer Vernichtung der Pilze durch die Einpinselungen der erodierten oder geschwürigen Schleimhautstellen mit Sublimatlösung, die zudem des Nachts nicht vorgenommen wurden, konnte in diesem und in allen übrigen sieben Versuchsfällen natürlich keine Rede sein. Wenn auch gewifs eine Anzahl von Bakterien jedesmal getötet wurden, so konnte die

Sublimatwirkung in dieser Beziehung doch nicht nachhaltig sein. In den Fällen III und V wurde der gewöhnlich nach längstens 12 Stunden stattfindende Wiederersatz des durch die Kaubewegungen abgeschürften obersten Epithellagers verhindert. Die Überhäutung der kleinen Erosionen konnte nicht vor sich gehen, solange Sublimat auf die epithelberaubten Stellen einwirkte, also 14 bzw. 12 Tage lang. Auch hier kam es zu Nekrose des unteren Epithelzellenlagers mit Pilzansiedelung. Im Falle VIII handelte es sich um eine Erosion, die nach höchstens 4—5 Tagen hätte geheilt sein können. Auch hier verhinderte die Sublimateinpinselung die Überhäutung, welche solange ausblieb, als Hg auf die epithelberaubte Stelle einwirkte, und dann sogleich stattfand, als die Sublimateinpinselungen weggelassen wurden. Auch hier kam es zur Nekrose der unteren Epithelschicht mit Pilzansiedelung.

In der zweiten Versuchsreihe, welche die Fälle I, IV, VI und VII umfafst, handelt es sich um den Einfluſs des Hg auf Erosionen der Mundhöhlenschleimhaut, während den im Munde angesiedelten Pilzen durch Unterlassung der Reinhaltung von Zunge und Zähnen reichlich Gelegenheit gegeben wurde, auf den epithelberaubten Stellen sich anzusiedeln und auf das Schleimhautgewebe einzuwirken. In all diesen vier Fällen zeigte sich, dafs alsbald nach Vornahme der Sublimateinpinselungen die Überhäutung der Erosionen gehemmt wurde; sodann entstand die Nekrose der tieferen Epithelschicht bei noch nicht reichlicher Pilzansiedelung; kurze Zeit darauf aber entwickelte sich, einhergehend mit massenhafter Pilzansiedelung, ein diphtheritischer Belag auf den epithellosen Stellen — es bildeten sich Geschwüre, die in Rücksicht auf ihre Form von echten Merkurialgeschwüren nicht zu unterscheiden waren. Der diphtheritische Belag dieser künstlich erzeugten Mundgeschwüre bestand, ebenso wie jener der Merkurialgeschwüre, fast nur aus Pilzen, unter denen die beiden oben beschriebenen Bakterienarten am zahlreichsten vertreten waren. Es ist möglich, dafs diese beiden Bakterienarten einen grofsen Anteil haben an der Entstehung der Gewebsnekrose; die Annahme aber läfst sich gewifs nicht abweisen, dafs, wie bei andern diphtheritischen Geschwüren, so auch bei diesen experimentell erzeugten und bei den Merkurialgeschwüren die auf der Geschwürsfläche in sehr grofser Menge angesiedelten Bakterien auch die Ursache der Gewebsnekrose seien.

Aus dem Resultate dieser Versuche lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Wenn Sublimatlösung häufig oder fortwährend auf Stellen der Mundhöhlenschleimhaut einwirkt, welche ihre oberste Epithelschicht verloren haben, so wird deren Überhäutung bzw. Heilung gehemmt.

2. Werden während einer solchen Einwirkung des Sublimats auf derartige epithellose Stellen der Schleimhaut der Mundhöhle die in dieser immer angesiedelten Pilze fleifsig entfernt, so entsteht nur Nekrose der tieferen Epithelschicht jener erodierten Partien mit, oder infolge einer verhältnismäfsig spärlichen Pilzansiedelung.

3. Werden aber während einer solchen Sublimateinwirkung die in der Mundhöhle immer angesiedelten Pilze nicht entfernt, so entstehen an Stelle jener Erosionen diphtheritische Geschwüre mit, oder infolge massenhafter Pilzansiedelung.

Bakterien können sich um so eher und um so fester auf erodierten Schleimhautstellen ansiedeln, je länger diese ihrer schützenden Epitheldecke beraubt sind. Sublimatwirkung ist es aber, den raschen Wiederersatz der für Bakterien undurchdringlichen obersten Pflasterepithelschicht auf erodierten Partien der Mundhöhlenschleimhaut zu hemmen und auf lange Zeit hinaus zu verzögern; so können die Bakterien Zeit gewinnen zur festen Ansiedelung und können schliefslich ein diphtheritisches Geschwür hervorbringen.

Diese Eigenschaft des Sublimates, die Überhäutung epithelberaubter Stellen zu hemmen, ist gerade nicht neu und für ein andres als das hier in Frage kommende Epithelstratum, nämlich die Epidermis, längst bekannt. Unna[1] hat auf die keratolytische Eigenschaft des Sublimats aufmerksam gemacht und gezeigt, dafs dasselbe die Überhäutung von Hautwunden verzögert. Es wirkt also das Sublimat in gleicher Weise wie auf die Epidermis auch auf das Pflasterepithel der Mundhöhlenschleimhaut und, wie ich hier beifügen will nach den Beobachtungen, die ich bei Gelegenheit von Ausspülungen der Vagina mit 1 $^{0}/_{00}$iger Sublimatlösung gemacht habe, auch auf das Pflasterepithel der Scheide und des Gebärmutterhalses. Ich habe häufig die Beobachtung gemacht, dafs die Überhäutung von Erosionen in der Vagina und der Umgebung des äufseren Muttermundes durch Sublimatausspülungen der Scheide auffallend verzögert wurde.

Nach diesen Untersuchungen und Erwägungen ist es leicht, die Entstehung der ulcerösen Merkurialstomatitis genau zu erklären.

In der Regel entwickeln sich im Verlaufe einer Hg-Kur, wie sie heutzutage geübt wird, die merkuriellen Mundgeschwüre an den oben beschriebenen Leisten der Wangenschleimhaut oder Wülsten des Zahnfleisches, oder an dem den eben durchbrechenden unteren Weisheitszahn noch umgebenden Zahnfleische. (Von der anderweitigen Lokalisation der Merkurialgeschwüre wird weiter unten die Rede sein.) Hier findet beständig durch die Kaubewegungen eine Ablösung des obersten Schleimhautepithels statt. Sowie nun der Speichel merkurialisierter und mit solchen Anomalien behafteter

[1] *Berliner klinische Wochenschrift.* 1883. No. 35.

Individuen Hg-haltig wird, verhindern die fortwährend durch den Speichel in die Mundhöhle sezernierten löslichen Hg-Verbindungen, die in ihrer Wirkung der reinen Sublimatlösung gleichwertig sind, die Überhäutung der Epithelerosionen, welche sonst nach kürzester Frist vor sich gegangen wäre. Auf diesen ihrer schützenden Pflasterepitheldecke für längere Zeit beraubten Stellen der Schleimhaut siedeln sich Bakterien aus der Mundhöhle an; es kommt zur Nekrose des zutage liegenden tieferen Epithelzellenlagers — erstes Stadium der ulcerösen Merkurialstomatitis, beginnendes Merkurialgeschwür. Es kann bei diesem Stadium bleiben; dann findet man auf und innerhalb des nekrotischen Belages verhältnismäfsig wenige Bakterienkolonien und in seiner Umgebung wenig oder gar keine entzündliche Reaktion der noch gesunden Schleimhaut. Dies wird dann der Fall sein, wenn es gelingt, die im Munde angesiedelten Pilze gröfstenteils zu entfernen. Oder aber es siedeln sich Pilze in grofser Menge auf der von nekrotischem Epithel bedeckten Erosion an, dann findet man nach wenigen Tagen einen Substanzverlust der Schleimhaut mit diphtheritischem Belag — zweites Stadium der ulcerösen Merkurialstomatitis, fertiges Merkurialgeschwür. In diesem Stadium ist das Merkurialgeschwür von rotem Entzündungshof umgeben, und bestehen alle objektiven und subjektiven Zeichen einer lebhaften Entzündung. Die wesentliche Bedingung zur Entstehung der ulcerösen Merkurialstomatitis liegt also in der durch das Hg bewirkten Verhinderung der Überhäutung gewisser Stellen der Mundhöhlenschleimhaut, die während jedes länger dauernden Kauaktes der obersten Schicht ihres Pflasterepithels beraubt werden.

Aufser an jenen Leisten der Wangenschleimhaut und Wülsten des Zahnfleisches lokalisiert sich die ulceröse Merkurialstomatitis auch an andern Punkten der Mundhöhlenschleimhaut, wo eben eine häufige Abschürfung des Epithels stattfindet. So zunächst auf der Schleimhaut der Wange und Zunge gegenüber den spitzen oder scharfen Kanten kariöser Zähne. Diese Kanten scheuern bei allen Kaubewegungen in gröfserer oder geringerer Ausdehnung Epithel ab. Ferner am Zungenrande, wenn nämlich die Schleimhaut der Zunge anschwillt und die Ränder derselben alsdann bei den Kaubewegungen mehr oder weniger weit zwischen die Zahnreihen geraten. Die in diesem Falle zu beobachtenden Zahnabdrücke im Zungenrande sind „ein Zeichen der vorhandenen und nur durch die Zähne örtlich gehinderten Schleimhautschwellung“ (Unna). In derartigen Fällen von Schwellung der Zungenschleimhaut müssen die Zähne bei allen Kaubewegungen das Epithel des Zungenrandes verletzen, abschürfen. Solche Schwellungen der Zungenschleimhaut finden sich manchmal habituell bei Individuen, die an chronischem Magenkatarrh leiden; sie treten aber auch manchmal auf im Beginne einer selbst milden Merkurialkur zusammen mit Speichelflufs und Schwellung des Zahn-

fleisches bei Leuten, die eine Art Idiosynkrasie gegen Hg haben; sie treten ferner in der Regel auf infolge einer — in zweckloser Weise — übertriebenen Schmierkur, während welcher 7,5—15 g graue Salbe pro dosi eingerieben werden. Doch finden sich heutzutage nur noch wenige Ärzte, die den Merkur in so enormen Quantitäten anwenden. In all diesen Fällen also entstehen merkurielle Mundgeschwüre auf dieselbe Weise wie oben für deren gewöhnlichen Standort beschrieben.

Frauen werden häufiger von ulceröser Merkurialstomatitis heimgesucht als Männer; bei Frauen sind die zu Epithelverlust disponierenden Anomalien der Mundhöhlenschleimhaut häufiger als bei Männern, wie ich oben gezeigt habe. Übrigens findet sich bei Frauen jene Idiosynkrasie gegen Hg auch öfters als bei Männern.

Individuen ohne die geschilderten Schleimhautanomalien, ohne spitze oder scharfe kariöse Zähne und ohne jene den Speichelfluſs und die Zungenschwellung bedingende eigentümliche Empfänglichkeit gegen Hg werden nicht von der ulcerösen Merkurialstomatitis betroffen. Ich werde für diese Behauptung weiter unten den Beweis erbringen.

Die Qualität des zur Behandlung der Syphilis gewählten Hg-Präparates ist von einigem Einfluſs in bezug auf die Zeit des Auftretens einer Stomatitis nach Beginn der Kur: nach Hg-Inunktionen tritt die Mundentzündung — bei vorhandener Disposition dazu — viel rascher auf als nach Hg-Injektionen, wohl infolge der direkt auf die Mundhöhlenschleimhaut einwirkenden Hg-Dämpfe. Unter den Injektions-Präparaten des Hg scheint ebenfalls ein Unterschied in dieser Richtung zu herrschen: je rascher ein Injektionspräparat den Körper verläſst, desto schneller scheint es Stomatitis hervorzurufen; die beiden Extreme in dieser Richtung dürften das Kalomel und die Amidverbindungen des Hg sein.

Ich will hier beiläufig bemerken, daſs, wie bekannt, Speichelfluſs und ulceröse Merkurialstomatitis in keinem direkten ursächlichen Zusammenhang stehen. Man beobachtet merkurielle Mundgeschwüre ohne Speichelfluſs, ebenso wie man Speichelfluſs findet ohne Merkurialgeschwüre, bei Leuten nämlich, die infolge der Beschaffenheit ihrer Mundhöhlenschleimhaut nicht dazu disponiert sind; nur wenn an den Speichelfluſs Schwellung der Zungenschleimhaut sich anschlieſst, können auch bei solchen Individuen an den Rändern der Zunge Geschwüre entstehen; dann findet man aber keine anderweitigen Geschwüre. Es ist also in diesem Falle die Schwellung der Zunge die Bedingung zur Entstehung der Epithelverluste, nicht der Speichelfluſs an sich.

Die Therapie der ulcerösen Merkurialstomatitis ist vor allem eine prophylaktische. Deshalb ist es üblich, alle Kranken, die einer Hg-Kur sich unterziehen, ohne Ausnahme, vom ersten Tage der

Behandlung an bis nach Beendigung derselben fortwährend 3—5 %ige Lösungen von chlorsaurem Kali gurgeln zu lassen. Dabei gibt man sich der Illusion hin, als ob das chlorsaure Kali, als Mundwasser gebraucht, die gefürchtete Stomatitis oder den Speichelfluſs verhüten könne, oder man glaubt an irgend eine antiseptische Wirkung dieses Mittels. Diese verordneten, häufigen — in der Regel halbstündlich vorzunehmenden — Ausspülungen des Mundes mit Lösungen von chlorsaurem Kali sind ohne Frage für alle nicht in einer Heilanstalt behandelten Kranken sehr lästig. Man macht daher auch häufig die Beobachtung, daſs viele Patienten diese Ausspülungen des Mundes teilweise oder ganz unterlassen und doch keine Stomatitis bekommen.

Ich habe schon seit längerer Zeit die äuſserliche Anwendung des chlorsauren Kalis zur Verhütung oder Heilung der merkuriellen Stomatitis oder des Speichelflusses nicht mehr angeordnet, da ich mich von der vollständigen Wirkungslosigkeit dieses Mittels als Mundwasser überzeugt hatte.

Bei einer groſsen Zahl syphilitischer Patienten, die einer Hg-Kur sich unterziehen, nämlich bei denjenigen, bei welchen die Inspektion der Mundhöhle keine jener Abnormitäten der Schleimhaut oder kariöse Zähne aufweist, oder diese letzeren vor Beginn der Kur entfernt wurden, ist weder vor Beginn noch im Verlaufe der Merkurialbehandlung irgend ein Mundwasser zu prophylaktischen Zwecken nötig, weil eben diese Individuen keine ulceröse Stomatitis bekommen werden. Diese Leute haben in bezug auf ihre Mundhöhle weiter nichts zu thun, als was jeder reinliche Mensch thun soll, nämlich mehrmals täglich die Zähne zu reinigen und ein Mundwasser von übermangansaurem Kali zu gebrauchen.

Dies Verfahren habe ich seit 5 Monaten bei 28 Syphilis-Patienten, die mit verschiedenen Hg-Präparaten behandelt wurden, in Anwendung gebracht. Bei allen diesen Kranken konstatierte ich durch die Mundinspektion vor Beginn der Kur die Abwesenheit jedes zur Stomatitis mercurialis disponierenden Momentes. Alle diese Patienten reinigten ihre Zähne zwei bis dreimal täglich und spülten ebenso oft den Mund mit einem Mundwasser von übermangansaurem Kali aus. Keiner bekam Stomatitis mit Ausnahme von zwei Patienten, einer Frau und einem Manne, welche beide wegen Idiosynkrasie gegen Hg von Speichelfluſs und Zungenschwellung befallen wurden und dann Merkurialgeschwüre am Zungenrande bekamen. Dies Ereignis läſst sich nicht voraussehen und erfordert dann Maſsregeln, die ich gleich schildern werde. Man sieht, Individuen ohne die anatomischen Bedingungen zu fortwährenden Epitelabschürfungen an einzelnen Stellen ihrer Mundhöhlenschleimhaut bekommen, wie ich schon oben erwähnte, keine ulceröse

Merkurialstomatitis, es sei denn, dafs im Verlaufe der Hg-Behandlung Schwellung der Zungenschleimhaut auftritt.

Zeigt die Mundhöhleninspektion bei der ersten Untersuchung eines später mit Merkur zu behandelnden Patienten, dafs jene Anomalien der Schleimhaut bestehen oder kariöse Zähne vorhanden sind, so tritt die prophylaktische Stomatitis-Therapie in ihr Recht. Kariöse Zähne sind zu entfernen. Zur Verhütung aber von Merkurialgeschwüren auf den durch die Zähne während der Kaubewegungen beständig erodierten Schleimhautstellen hat sich mir folgende Mafsregel am besten bewährt: Mehrere Tage vor Beginn der Kur werden diese, der Epithelerosion ausgesetzten Schleimhautstellen und Zahnfleischwülste 5—6 mal im Tage mit einer 5—10%igen Tanninlösung (Acid. tann. 5—10, Glycerin. 20, Aq. dest. 80) eingepinselt. Nebenbei wird ein adstringierendes Mundwasser (von Ratanhia-Tinktur) gebraucht. Auch während der Kur werden diese Tanninein pinselungen in derselben Weise fortgesetzt, die Zähne und Zunge öfters am Tage gereinigt und ein desinfizierendes Mundwasser (von übermangansaurem Kali) gebraucht. Das Tannin macht die betreffende Schleimhautstelle bezw. deren Epithel härter und straffer, so dafs dieses während der Kaubewegungen nicht mehr abgeschürft wird. Auf solche Weise läfst sich hier ein Merkurialgeschwür vermeiden, wenn nur der Patient diese Anordnungen genau befolgt.

Ich habe im Laufe der vergangenen 5 Monate bei 10 Syphilis-Patienten diese prophylaktische Stomatitis-Therapie in Anwendung gebracht. Alle zehn Kranke hatten Leisten der Wangenschleimhaut oder Zahnfleischwülste oder beides zugleich. Bei sechs dieser Patienten entwickelte sich in der That keine ulceröse Stomatitis; bei vieren aber entstanden Merkurialgeschwüre im Verlaufe der Kur. Diese 4 Kranken hatten jedoch die vorgeschriebenen prophylaktischen Mafsregeln nur sehr mangelhaft befolgt.

Stellt sich im Verlaufe der Kur Speichelfluſs und Schwellung der Zungenschleimhaut ein, so ist mit der Anwendung des Hg einige Tage lang zu pausieren und während derselben und im ganzen übrigen Verlaufe der Kur der Zungenrand mit Tannin in der gleichen eben beschriebenen Weise zu bepinseln und ein Mundwasser von übermangansaurem Kali zu gebrauchen.

Entwickelt sich trotz alledem ein Merkurialgeschwür, so mufs man möglichst frühzeitig die von GERHARDT empfohlene Ätzung des Geschwüres mit Bromsäure vornehmen und innerlich chlorsaures Kali in grofsen Dosen, bis zu 10 g pro die, verordnen. Die geätzten — und durch die Ätzung von ihrem diphtheritischen Belag befreiten[1] — Geschwüre heilen sehr rasch, und sind sie einmal vernarbt, so entsteht

[1] Über die Technik dieser Ätzungen s. das Referat von „GERHARDT, *Behandlung der Merkurialgeschwüre mit Bromsäure*" in Nr. 5 dieser *Monatshefte*.

im Verlaufe der Kur an derselben Stelle kein Geschwür mehr. Der innerliche Gebrauch des chlorsauren Kalis beeinflufst die rasche Heilung der ulcerösen Merkurialstomatitis in der günstigsten Weise. Als Mundwasser aber gewährt das chlorsaure Kali gar keinen Nutzen.

Diese Beschreibung der Stomatitis-Therapie bezieht sich nur auf die jetzt fast allgemein üblichen milden Hg-Kuren im SIGMUNDschen Sinne und nicht auf jene grofsen Schmierkuren, deren ich oben gedachte.[1]

Von der Ausstellung zu Kopenhagen.

Instrumente zur Injektion.

(Fortsetzung.)

Mit 6 Abbildungen.

Auf diesem Wege ist nun

3. der Lupusinjektor von MARCONI-VAJDA[2]

als ein entschiedener Fortschritt zu begrüfsen. Die Injektionsnadel ist bei diesem ingeniösen kleinen Instrument wie ein sehr kleiner Troicart gebaut, die Injektionsflüssigkeit befindet sich einfach zwischen zwei, etwa 4 cm langen Gummischläuchen von rotem Kautschuk. Das breite, äufsere Schlauchstück bildet die äufsere Wand der Spritze

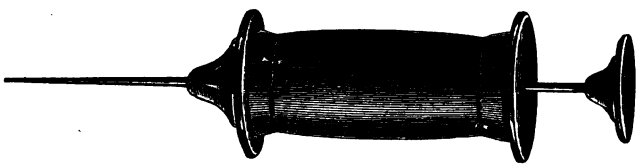


Fig. 33.

und ist vorn und hinten mit einem durchbohrten Plättchen abgeschlossen, an deren vorderes sich die feine Troicarthülse anschliefst, während das hintere einen leicht beweglichen Stempel zentral durchläfst. Dieser Stempel läuft in eine feine Nadel aus, die beim Vorschieben des erstern die Troicarthülse ausfüllt und die Spitze der Nadel ein wenig hervortreten läfst. Läfst der Druck des Stempels

[1] Einen Teil der hier niedergelegten Untersuchungen und Beobachtungen, die ich während meiner Thätigkeit als Assistenzarzt der Syphilis-Klinik zu Würzburg sammelte, hat Herr DR. WEGLAU in seiner Inaugural-Dissertation: *„Das Merkurialgeschwür etc."* Koesfeld 1884. schon veröffentlicht. Doch ist seine Wiedergabe meiner Mitteilungen teils unvollständig, teils ungenau.

[2] Trotz der Bemühungen unsers verehrten Kollegen V. VAJDA war es nicht möglich, von Herrn MARCONI etwas über den Preis des Instrumentes zu erfahren. U.

nach, so schnellt derselbe dadurch zurück, dafs er beim Vorschieben das innere, feine Gummiröhrchen, mit dem er bekleidet ist, ad maximum zusammengeschoben hat.

Durch Druck auf den Stempel mittels des Zeigefingers schiebt man die Troicartnadel vor und versenkt zugleich die Spitze des Instruments mit Leichtigkeit in die Lupusknoten, indem man mit Vorteil eine schwach rotierende Bewegung ausführt. Sodann läfst man den Stempel los, der zurückschnellt und es dadurch ermöglicht, dafs Daumen und Mittelfinger derselben Hand durch Druck auf den äufseren Mantel die zwischen diesem und dem inneren Gummiröhrchen befindliche Injektionsflüssigkeit durch die offene Troicarthülse in den Knoten eintreiben. Glaubt man genügend injiziert zu haben, so drückt man die Nadel mittels des Stempels vor, zieht das Instrument heraus und versenkt es in einen andren Knoten. Ist die Injektionsflüssigkeit verbraucht, so führt man das Instrument mit losgelassenem Stempel aber ad maximum von der Seite zusammengedrückt in die Injektionsflüssigkeit ein und läfst es sich durch Nachlafs des seitlichen Druckes wieder vollsaugen.

In der Praxis läfst sich das abwechselnde Spiel des hinteren und des seitlichen elastischen Druckes sehr bequem und leicht ausführen. Das Instrument ist von sehr geringem Gewicht und doch genügend fest, um ein rasches Arbeiten damit zu gestatten.

Das einzige, was ich nach längerem Gebrauch als eine Schwäche des Instrumentes monieren möchte, ist die Einschliefsung der Injektionsflüssigkeiten zwischen Gummiröhrchen, weshalb eigentlich nur wässerige Fluida zu gebrauchen sind, da ätherische und spirituöse den Kautschuk allmählich verderben. Immerhin sind die Schlauchstücke leicht durch neue zu ersetzen; in der Einfachheit des Materials liegt eben ein grofser Vorzug dieses Injektors.

4. Lupusinjektor nach Wolff-Nyrop.

Die besprochenen beiden neuen Injektoren auf der Kopenhagener Ausstellung gaben mehreren Besuchern der letztern neue Ideen ein zur Konstruktion eines möglichst praktischen Injektors.

Fig. 34.

Dr. Wolff (Strafsburg) liefs sich von Nyrop (Kopenhagen) einen Injektor anfertigen, dessen Konstruktion aus der Figur 34 leicht ersichtlich ist. Das solide, vernickelte Instrument wird schreibfederartig gehalten. Es läuft auch in einen vierkantigen, durchbohrten

Stachel aus, der aber mit ausgeschweiften Kanten und Flächen versehen, folglich spitzer und schonender ist als der des geradkantigen Kohnschen Instrumentes. Die zentrale Durchbohrung läuft in dem Halter aufwärts bis zu einer ovalen, seitlichen, mit breiten Rändern versehenen Öffnung, die trommelfellartig durch eine Kautschukmembran abgeschlossen ist. Durch Druck des Zeigefingers auf diese Membran wird das im Instrument enthaltene Fluidum ad libitum aus dem Stachel ausgetrieben.

Der Vorteil vor dem Kohnschen Instrument besteht offenbar in dem Ersatz des schwerfälligen Schiebers durch eine leicht bewegliche Kautschukmembran, vor dem Marconi-Vajdaschen Injektor darin, dafs die Injektionsflüssigkeit sich nicht zwischen Gummiröhren, sondern in einem Metallbehälter befindet. Die Schreibfederhaltung wird aufserdem für manche ihre Bequemlichkeit haben.

5. Lupusinjektor nach Wolff-Streissguth.

Der unter 4 beschriebene Lupusinjektor wurde von Dr. Wolff weiterhin noch in einer Hinsicht verbessert, wie die nachfolgende, nach einer Zeichnung des Autors angefertigte Abbildung zeigt.

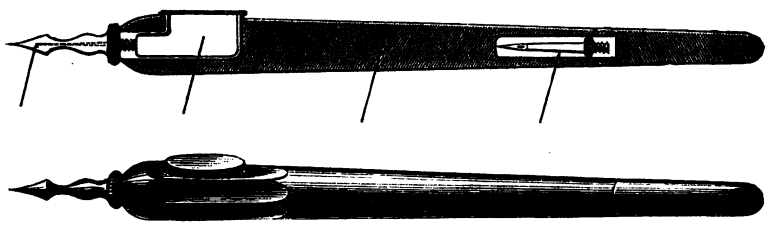


Fig. 35 und 36.

Das Instrument ist noch mehr schreibfederartig und deshalb handlicher gestaltet. Das Flüssigkeitsreservoir sitzt dem Griffe nicht auf, sondern ist in denselben eingelassen. Der hintere Teil des Griffes ist zur Aufnahme einer Reservenadel ausgehöhlt. Das ganze Instrument macht den Eindruck grofser Solidität und Bequemlichkeit. Dasselbe wird vom Instrumentenmacher Steissguth in Strafsburg angefertigt.

Einer brieflichen Notiz des Autors entnehme ich, dafs derselbe seinen Injektor hauptsächlich für zirkumskripte Lupusformen an fettreichen Teilen, wie Wangen und Extremitäten, geplant hat und praktisch findet, dagegen an der Nase und allen Teilen, wo geringe Fettpolsterentwickelung vorhanden ist, verwirft.

6. Lupusinjektor nach Unna.

Ich liefs ebenfalls von der Firma Nyrop einen Lupusinjektor anfertigen, bei dessen Konstruktion ich die guten Seiten der vor-

genannten Instrumente zu vereinigen suchte. Ich teilte meinen Injektor jedoch von vornherein in zwei Teile, den Behälter und die Kanüle, da letztere für verschiedene Zwecke einer verschiedenen Form bedarf und der Behälter aufser für diese Lupuskanülen auch unter Umständen für jede Kanüle einer PRAVAZschen Spritze dienen sollte. Auch ist die Reinigung des Instrumentes hierdurch erleichtert.

Auf die Idee des Behälters kam ich, weil mir die Durchbohrungen des KOHNschen und WOLFFschen Instrumentes nicht genügende Flüssigkeiten aufzunehmen schienen, und ich doch Metall an die Stelle des Gummis im Instrumente von MARCONI-VAJDA setzen wollte. Die Form desselben wurde so gefunden, dafs ein nufsgrofses Stück Teig mit den dicht nebeneinander liegenden Daumen, Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand bequem eingedrückt wurde. Daher sind die Seitenflächen des Behälters schwach nach innen eingebogen und lassen sich bequem und fest mit Daumen und Mittelfinger halten, während der Zeigefinger die die obere Öffnung des Behälters — wie bei WOLFF — überspannende Kautschukmembran nach Belieben eindrücken kann oder nur schwach zu berühren braucht. Der Behälter ist geräumig genug, um für eine ganze Operation Flüssigkeit zu enthalten.

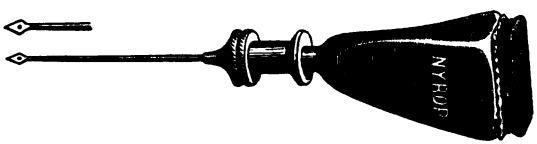


Fig. 37.

Der Spitze der Kanüle gab ich die Form des HEBRAschen Stichlers, weil ich den letztern für das beste Incisionsinstrument für die Blutgefäfse der Haut halte, und seine Schnitte stets per primam heilen. Der Hohlraum der Kanüle öffnet sich an den beiden Breitseiten der Spitze. Man füllt meinen Injektor, nachdem Kanüle und Behälter verbunden sind. Es bleibt alsdann immer noch eine Luftblase zwischen Flüssigkeit und Kautschukmembran, wodurch die Schädigung letzterer durch erstere vermieden wird. Die Hauptvorzüge dieser Form sehe ich 1. in der möglichen Wahl verschieden geformter Kanülen, 2. in der gröfseren Menge der vorrätigen Injektionsflüssigkeit, 3. in der Verbindung einer ausgiebigen Stichelung nach Art der gewöhnlichen Stichelung mit der Injektionstherapie, von denen erstere durch die Form der Kanülenspitze ermöglicht wird.

Der Preis des Instrumentes bei NYROP beträgt 6 Kr.

Im Anschluſs an die besprochenen Injektionsinstrumente bringen wir unsern Lesern als eine praktische Neuerung, welche in England und Amerika längst eingeführt ist, die Spritze von KRAUS zur subkutanen Injektion in Erinnerung, welche die gebräuchlichen Injektionsmittel in der kompendiösen Form kleiner Tabletten enthält.

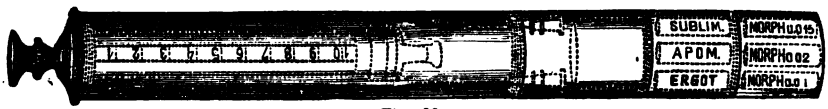


Fig. 38.

Wir möchten dabei bemerken, daſs wir für dermatologische Zwecke den Inhalt der Tablettenbüchschen gern etwas modifiziert sehen und auſser Ergotin und Sublimat jedenfalls Pilokarpin (0,02), Kali arsenicosum (0,005), Morphium (0,02) und etwa noch eine Komposition von Morphium (0,02) und Atropin (0,001) zur Injektion bei Chloroformnarkose wünschen würden. Die Spritze ist bei dem Instrumentenmacher E. KRAUS, Berlin, Kommandantenstraſse 33 zu 8,50 ℳ., mit nur 3 Medikamenturzellen zu 7,50 ℳ. vorrätig.

UNNA.

Fixierungsnadel zur Phimosenoperation.

Von

Dr. A. WOLFF

in Straſsburg i. E.

Mit 1 Abbildung.

Diese Nadel dient dazu, die Schleimhaut des Präputiums zu fixieren, damit während der Operation Schleim- und Hautblatt des Präputiums an gleicher Stelle abgehoben werden können. Das Prinzip

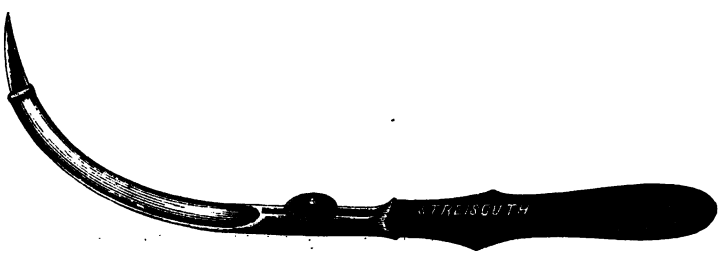


Fig. 39.

der Nadel beruht auf einer Modifikation der von RICORD ersonnenen sehr primitiven Nadel, welche mit einem Wachsknopf versehen war. Das Verfahren bei der Operation ist folgendes: Man sucht mit dem Knopf der Nadelscheide Fig. 39. die Stelle auf, an welcher man die

Schleimhaut abtragen will. Dann wird der Knopf vorgeschoben, durch welche Bewegung die Nadel beide Blätter des Präputiums festhält. Darauf wird unter der Nadel eine Ricordsche oder besser eine Reverdinsche Pinzette befestigt. Letztere ist vorzuziehen, da die Branchen derselben parallel die Gewebe fassen. Unter der Pinzette werden mit dem Bistouri die isolierten Teile abgeschnitten. Wenn die Pinzette ohne diese Nadel angewandt wird, mufs gewöhnlich eine Excision der Schleimhaut noch stattfinden, da die nichtfixierte Schleimhaut unter dem Messer ausweicht. Diese kann nicht immer mit der gleichen Regelmäfsigkeit ausgeführt werden, die der Hautschnitt besitzt, und es leidet darunter die Vereinigung der Wundränder immer Not.

Referate.

Dr. D. Haussmann-Berlin. **Zur Verhütung des Trippers.** *Deutsche medic. Wochenschrift.* 1885. No. 25. H. empfiehlt zur Verhütung des männlichen Harnröhrentrippers die Injektion einiger Tropfen einer 2%igen Höllensteinlösung in die Urethra möglichst bald und spätestens $^1/_4$ Stunde nach einer verdächtigen Kohabitation. H. begründet diesen Vorschlag mit den günstigen Erfahrungen, die man seit längerer Zeit in der prophylaktischen Behandlung der Ophthalmia neonatorum mittels Einträufelungen einer 2%igen Höllensteinlösung in den Bindehautsack des Auges machte, sowie mit der ätiologischen Gleichheit des Harnröhrentrippers und der gonorrhoischen Conjunctivitis und mit dem Hinweis auf die grofse Ähnlichkeit des Epithels der Harnröhrenschleimhaut und der Bindehaut. Der von H. angeführte Versuchsfall ist freilich, wie er selbst zugesteht, nicht einwandsfrei. Indes ist der Vorschlag H.s gewifs ganz rationell: es lassen sich die in die Harnröhre gelangten Gonokokken mit einer 2%igen Höllensteinlösung — übrigens auch mit weniger schmerzhaften Mitteln, z. B. sehr schwachen Sublimatlösungen — sicher vernichten, wenn sie noch nicht oder noch nicht weit in die Epithelschicht eingedrungen sind. Doch ist zu bezweifeln, ob es viele Männer geben wird, die, so oft sie sich der Gefahr einer Tripperinfektion aussetzen, eine Spritze und ein Fläschchen Höllensteinlösung mit sich führen. Übrigens hat schon Ricord zur abortiven Behandlung des Trippers eine etwas konzentriertere Höllensteinlösung empfohlen.

Wiesbaden. Bockhart.

Auspitz. **Ein Fall von Granuloma fungoides.** *Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syphilis.* 1885. I. Heft. Von Auspitz und seinen Schülern Hochsinger und Schiff liegt eine für die Kenntnis des Granuloma fungoides sehr wichtige Untersuchung vor, welche durch die in der Mai-Nummer dieser Monatshefte referierte Arbeit Rindfleischs über Mykosis fungoides bestätigt wird. Die Arbeit von Auspitz und seinen Schülern ist früher publiziert worden — in der Gesellschaft der Ärzte in Wien am 5. Dezember 1884 — als die von Rindfleisch. Es waren sonach jene Autoren die ersten, welche den parasitären Charakter des Granuloma fungoides nachwiesen.

Die Untersuchungen von Auspitz und seinen Schülern beziehen sich auf einen Fall von Granuloma fungoides, der lange Zeit für ein chronisches,

schuppendes Ekzem gehalten wurde. Als die betreffende Patientin im Jahre 1884 in die Behandlung von AUSPITZ trat, fanden sich auf dem Stamme und den Extremitäten mehrere gröfsere und kleinere, rauhe und rissige, hie und da schuppende und papulöse und mäfsig juckende Stellen, die ihrem Aussehen nach einem schuppenden chronischen Ekzem entsprachen. Auf dem Kopfe der Patientin fanden sich — aus ähnlichen ekzemartigen Plaques entstanden — vier Granulationsgeschwülste, welche nun die Diagnose „Granuloma fungoides" ermöglichten. Diese wuchernden Wundstellen waren bei Berührung sehr schmerzhaft; behandelt wurden dieselben vorderhand mit Jodoform und Sublimat.

Die bakteriologische Richtung der angestellten mikroskopischen Untersuchung wurde mit Rücksicht auf das prägnante klinische Bild eingeschlagen, welches von vornherein vermuten liefs, dafs man es mit einer Ansiedelung von Mikroparasiten im erkrankten Gewebe zu thun habe.

Zur anatomisch-mikroskopischen Untersuchung (HOCHSINGER) gelangten excidierte Stücke aus den hypertrophischen Wucherungen der Kopfhaut, Haare in der Umgebung derselben und Schuppen von den verschiedenen infiltrierten Plaques der Brust und der Extremitäten. Die mikroskopische Untersuchung der excidierten Gewebsstücke (Doppelfärbung Lithionkarmin und Malachitgrün) ergab folgende Verhältnisse: Ein grofser Teil der Gewebspartien besteht aus dicht aneinander gereihten, teils parallel verlaufenden, teils sich durchkreuzenden Fibrillenbündeln eines zellenarmen, derben, offenbar fertig ausgebildeten Bindegewebes. Zwischen diesen Bündeln und stellenweise sie durchsetzend findet sich ein feines, zartes, zellenreiches, offenbar ganz junges Bindegewebe, das durch seinen Glanz von dem fertig ausgebildeten Gewebe absticht. Dieses interkalare Maschenwerk zeigt vielfach eine feinkörnige Bestäubung der einzelnen Fasern und Faserzüge. Die zelligen Elemente im Gewebe sind gröfstenteils Rundzellen, die vielfach in fettig-körnigem Zerfall begriffen sind und selten einen deutlichen Kern aufweisen. Sie sind in ungleicher Anordnung im Gewebe verteilt; am zahlreichsten und zu Haufen angeordnet finden sich die Rundzellen in den oberflächlichen Gewebspartien. Im interfascikulären jungen Bindegewebe finden sich vielfach Rund-, Spindel- und epitheloide Zellen, deren Protoplasma ebenfalls jene Körnung und Bestäubung zeigt. Das ganze Gewebe ist nicht sehr gefäfsreich; nur im jungen Bindegewebe und in den Herden von Granulationszellen sind reichlich Kapillaren.

Die Untersuchung der nach der GRAMschen Methode gefärbten Bakterienschnitte ergab folgende Verhältnisse: Das ganze Gewebe ist reichlich durchsetzt von Kokken und zwar teils in Form einer diffusen bakteritischen Infiltration oder Bestäubung, teils in Form einer herdförmigen Ansammlung von Kokken. Die herdförmigen Kokkenanhäufungen erinnern ihrer feinen Ausläufer wegen an die Gestalt multipolarer Ganglienzellen. Die diffuse bakteritische Infiltration fand sich mehr in den oberflächlichen, die herdförmige mehr in den tieferen Gewebsschichten. Die Kokken sind kugelförmig, kreisrund, ohne Umhüllungskapsel und von konstanter Gröfse; ihre Gröfse (wohl Durchmesser, R.) beträgt 0,9—1,2 Mikromillimeter. Die einzelnen Kokken sind in der Regel in Diplokokkenform angeordnet mit kaum mefsbarem Interstitium und bilden kurze Ketten oder Säulchen, oder kleine runde Häufchen, oder sarcinoide oder dreieckförmige Gruppierungen. Zoogloenbildung findet nicht statt: eine gallertige Einschlufsmasse liefs sich nicht nachweisen. Stäbchenpilze wurden nirgends gefunden.

Die Kokkeninfiltration betraf vorwiegend die jüngeren Gewebspartien, das interkalare Maschenwerk und die Granulationszellenhaufen; natürlich nicht überall gleich intensiv. Im jungen Bindegewebe folgt die Kokkenansiedelung den feinen Fasernetzen in Form einer dichten Bestäubung. Auch innerhalb der Rundzellen und epitheloiden Zellen fanden sich Kokken eingeschlossen, manch-

mal 10—15 Exemplare in einer Zelle. Solche von Kokken infiltrierte Zellen zeigten keinen deutlichen Zellenkern. Die Zellen an der Oberfläche des Granuloms waren seltener und spärlicher von Kokken infiltriert, als die der tieferen Gewebsschichten oder die im Bindegewebe eingelagerten epitheloiden Zellen. Die Haarbälge, die Wurzel- und Markscheiden der in der Umgebung des Granuloms befindlichen Haare waren ebenfalls von den gleichen Kokken durchwuchert. Auch in den Schuppen der flachen ekzemähnlichen Infiltrate an der Haut des Stammes und der Extremitäten, u. z. sowohl zwischen den Lamellen der abgestofsenen Hornmassen als auch innerhalb der Epidermiszellen, fanden sich dieselben Mikrokokkenkolonien, nur zu gröfseren Häufchen und Ketten aneinandergereiht.

Schiff hat die Kokken des Granuloma fungoides in Reinkulturen gezüchtet, von einer Reinkultur auf ein Tier überimpft und ein positives Impfresultat erhalten. Damit ist der Beweis erbracht, dafs diese Kokken wirklich die Ursache des Granuloma fungoides sind. Die Züchtungen wurden nach Kochscher Methode auf sterilisierten Kartoffeln und auf Fleischpeptongelatine ausgeführt. Die Kulturen auf Nährgelatine entwickelten sich bei Zimmertemperatur spätestens am 5. Tage nach der Impfung und hatten anfangs eine grauweifse, später eine orangengelbe Tinktion. Die Kulturen auf Kartoffeln gingen ebenfalls am 4. bis 5. Tage bei Zimmertemperatur auf und hatten gleich von Anfang an eine orangengelbe Farbe. Das Wachstum der Kulturen wurde beschleunigt durch erhöhte Temperatur (25 ° bis 35 °). Bei letzterer Temperatur gelangte auf der Kartoffel der Impfstrich schon nach 36 Stunden zur vollständigen Keimung. Mutterkulturen resp. Reinkulturen wurden dargestellt aus Gewebssaft und aus Schuppen der erkrankten Hautpartien; es verhielten sich beiderlei Kulturen in jeder Beziehung ganz gleich. Die in den Reinkulturen enthaltenen Kokken stimmten in jeder Hinsicht mit den im Gewebe gefundenen überein. Von einer Gelatine-Reinkultur wurde auf die Rückenhaut einer Katze übergeimpft. Drei Tage nach der Impfung bildete sich an der geimpften Stelle ein Infiltrat. Dieses Infiltrat zeigte später eine granulierende, borkenbedeckte Oberfläche. Ein Stückchen dieser Borke, nach dem Gramschen Verfahren untersucht, ergab einen vollkommen analogen Kokkenbefund wie in jeder Schuppe der ursprünglichen Hautaffektion.

Wiesbaden. Bockhart.

Aus dem *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* XIV. Kongrefs. 8.—11. April 1885.

Chirurgische Erfahrungen über die Tuberkulose, von R. Volkmann (Halle). Zwei grofse Reihen von Thatsachen und Erfahrungen sind es, welche, wie ich glaube, heutzutage die Anschauungen der grofsen Masse der Ärzte über den klinischen Charakter und die klinische Bedeutung der Tuberkulose bestimmen:

1. der fast regelmäfsig tödliche Ausgang, oder die zum mindesten ungeheuren Gefahren, welche die tuberkulösen Erkrankungen der inneren Organe, besonders der Lungen, des Kehlkopfs und des Darms bedingen. Die Lehre der Tuberkulose hat sich aus den Erfahrungen über die Lungenschwindsucht heraus entwickelt. Noch jetzt fällt es vielen Ärzten schwer, bei einem Individuum, das an irgend einer tuberkulösen Erkrankung leidet, nicht sofort an eine wahrscheinlich schon bestehende oder wenigstens in naher Aussicht stehende Lungentuberkulose zu denken.

2. die zum allgemeinen Durchbruch gekommene Überzeugung, dafs die Tuberkulose wirklich eine Infektionskrankheit ist; dafs die Impfung und die direkte Injektion tuberkulöser Massen ins Blut die akute allgemeine Miliartuberkulose erzeugen, und dafs in dem Tuberkelbacillus der unzweifelhafte Träger dieses Virus gefunden ist.

Aber die Erfahrungen, welche der innere Kliniker, dem die sog. edleren Organe anvertraut sind, zu machen Gelegenheit hat, können für die durch das gleiche Gift erzeugten Erkrankungen von Organen, Körperteilen und Geweben keine Geltung verlangen, die sich eben diesem Gifte gegenüber in total andern und sehr viel günstigeren physiologischen Bedingungen befinden, und welche für die Erhaltung des Gesamtorganismus von keinem direkten Belang sind. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn sich die Erfahrungen der inneren Ärzte und der Chirurgen in vielen Punkten nicht decken.

Und die Impfung mit tuberkulösem Material oder mit Reinkulturen des Tuberkelbacillus, sowie die direkte Einbringung derselben in das Blut haben zwar das Verständnis der Vorgänge bei der akuten, allgemeinen Miliartuberkulose aufserordentlich gefördert, aber sie sind nicht imstande gewesen, örtlich Prozesse zu erzeugen, welche den tuberkulösen Herderkrankungen auch nur anatomisch, geschweige denn in betreff des klinischen Verlaufes identisch wären. Die tuberkulösen Erkrankungen aller Organe und Orte führen doch nur in einer relativ geringen Quote der Fälle zur allgemeinen Infektion, und auch dann mehr zufällig, infolge besonders ungünstiger lokaler Verhältnisse, und erst nach längerer, oft langer Zeit, während welcher der Prozefs durchaus den örtlichen Charakter behielt. Schlüsse und Erfahrungen, die von der Impf- und von der allgemeinen akuten Miliartuberkulose abgeleitet wurden, ohne weiteres auf die Herdtuberkulose zu übertragen, halte ich für unzulässig.

Um so wichtiger erscheint unter diesen Umständen die Thatsache, dafs durch die Untersuchung der letzten etwa 15 Jahre das Gebiet der tuberkulösen Erkrankungen, mit denen der Chirurg zu thun hat, so kolossal erweitert wurde — insofern eine grofse Zahl von Störungen, mit denen er tagtäglich zu zu thun hat, als der Tuberkulose zugehörig erkannt wurden —, dafs, sage ich, der Chirurg jetzt fast mehr mit dieser Krankheit zu thun hat, als der innere Arzt.

Und die Position, in der wir Chirurgen bei dem Studium und bei der Behandlung der Tuberkulose uns befinden, ist eine enorm begünstigte gegenüber der der internen Ärzte. Nicht nur, dafs wir die erkrankten Organe direkt vor Augen haben — wir schneiden in die tuberkulösen Gewebe hinein und besichtigen sie. Wir sind oft imstande, den ganzen Herd und selbst seine nächste Umgebung freizulegen. Viele unsrer Operationen sind ja bei dem gegenwärtigen Stande unsres Könnens und Dürfens geradezu als Autopsien in vivo zu betrachten. Wir entfernen die tuberkulös erkrankten Gewebe oder selbst das ganze Organ, und untersuchen beide, während der Kranke fortlebt und weiter beobachtet wird. Wir sind in der Lage, physikalisch, chemisch und thermisch wirkende Agenzien — Heilmittel aller Art, direkt auf die tuberkulös erkrankten Gewebe zu applizieren und ihre Wirkungen zu beobachten.

Eine grofse Zahl von Fragen, welche eine der wichtigsten Erkrankungsformen der Menschheit betreffen, wird daher in der nächsten Zeit vorwiegend von den Chirurgen gelöst werden müssen.

I. Tuberkulose der äufseren Hautdecken und des Zellgewebes.

1. Der **Lupus** ist eine echte Hauttuberkulose, jedoch als eine besondere Form derselben zu betrachten, die häufiger auch bei wenig oder nicht hereditär belasteten Individuen vorkommt. Er ist klinisch durch seine grofse Neigung zum örtlichen Recidiv ausgezeichnet, die den übrigen Hauttuberkulosen fehlt. Übergänge des Lupus zu diesen letzteren kommen vor. Die Prognose ist bei den Übergangsformen in betreff der lokalen, dauernden Heilung günstiger, in betreff des späteren Auftretens gleichwertiger (tuberkulöser) Prozesse an andern Orten und in andern Geweben und Organen schlechter.

2. Die vom Lupus zu trennenden **tuberkulösen Geschwüre der äufseren Haut** entsprechen meist den skrofulösen Ulcerationen der früheren Schriftsteller. Sie kommen sehr vorwiegend bei Kindern und jugend-

lichen Individuen vor, sind aber, wenn man von den Fällen abstrahiert, wo sie sich sekundär aus tuberkulösen Lymphdrüsenabscessen und tuberkulösen Gelenk- und Knochenfisteln entwickeln, gerade nicht allzu häufig. Sie sind fast ausnahmslos durch chirurgische Eingriffe dauernd, und ohne dafs ein örtliches Recidiv einträte, zu heilen.

3. Die primäre Tuberkulose und die aus ihr hervorgehenden primären tuberkulösen Abscesse der tieferen, namentlich intermuskulären, parossalen und paraartikulären Bindegewebsschichten sind sehr selten und nur mit grofser Vorsicht zu diagnostizieren. In der grofsen Mehrzahl der Fälle hängen derartige Abscesse mit spezifischen Knochen-, Gelenk- oder Lymphdrüsenaffektionen zusammen, welche die primäre Erkrankung bildeten. Die gegenwärtige Behandlung dieser Abscesse mit breiter Spaltung und Ausschabung läfst diesen Zusammenhang meist leicht erkennen. Wo er auf dem Operationstische nicht nachweisbar ist, darf nicht vergessen werden, dafs, namentlich an den Knochen, die tuberkulösen Herde, von denen jene scheinbar primären Zellgewebstuberkulösen und paraartikulären Abscesse ausgehen, oft aufserordentlich klein sind und leicht übersehen werden; und weiter, dafs die Abscesse nicht selten so spät erscheinen, dafs inzwischen das sie veranlassende Knochenleiden schon geheilt ist.

Dies gilt ganz besonders für die Kongestionsabscesse bei Spondylitis (tuberkulöser Caries der Wirbelsäule). In günstigen Fällen kann man nach breiter Incision, Auswaschung mit Antisepticis, wenige Tage dauernder Drainage und Kompression der Wandungen diese Abscesse durch eine Art prima intentio, und ohne dafs später ein Rückfall erfolgt, heilen. Von 57 in den letzten Jahren breit geöffneten Kongestionsabscessen bei Spondylitis mit Gibbusbildung wurden von mir 23 prima intentione geheilt, indem die Drains nach wenigen Tagen entfernt wurden. Dies beweist, dafs vom Knochen dem Abscesse kein Eiter und keine Produkte des Zerfalls tuberkulöser Gewebe mehr zugeführt wurden.

4. Als primäre Erkrankung kommt die **Zellgewebstuberkulose** besonders im Panniculus adiposus kleiner Kinder vor. Es bilden sich, gleichzeitig oder rasch hintereinander, eine Anzahl fester, flacher Knoten unter der Haut (Gommes tuberculeuses), die bald einschmelzen und weich werden, meist aber rasch die Haut in das Bereich der Erkrankung ziehen, so dafs dieselbe blaurot, und die Fluktuation deutlicher wird, bis Aufbruch erfolgt. Ich habe in meinen Vorlesungen diese Form seit einer Reihe von Jahren als furunkulöse Form der Haut- und Zellgewebstuberkulose bezeichnet. Bei frühzeitiger Incision mit Entleerung des Eiters, der nicht selten vorhandenen, grofsen Pfröpfe verkästen und abgestorbenen Bindegewebes, sowie der der Wand anhaftenden fungösen Granulationen heilen diese Abscesse rasch ohne örtliches Recidiv.

Allerdings breitet sich zuweilen an einzelnen Knoten der Prozefs, statt nach der Haut, nach der Tiefe zu aus, und es entstehen gröfsere tuberkulöse Abscesse unter den unveränderten Hautdecken. Hier handelt es sich also sicher um eine Form tuberkulöser Zellgewebsabscesse, die weder mit erkrankten Knochen, Gelenken und Sehnenscheiden, noch mit Lymphdrüsenaffektionen zusammenhängen. (Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Amerika.

Behandlung des Karbunkels ohne Schnitt. Bulkley rät sowohl von warmen Breiumschlägen wie vom Schnitte ab (letzte Versammlung der Amer.

Med. Assoc.). Er bedeckt den Karbunkel beständig mit einem Stück Lint, welches auf der wolligen Seite dick mit einer Ergotinsalbe bedeckt ist:

℞ *Extr. Ergotae* 8,0
Zinci oxydati 4,0
Ung. lenient. ad 32,0
M.

Wenn diese sich wegen der Hitze der Teile zu dünnflüssig erweisen sollte, setze man ein wenig Wachs oder Hebrasche Salbe zu. Der Salbenlappen mufs, so oft es sich nötig erweist, erneuert werden. Dabei ist auf gute Ernährung und Ruhe der Haut Wert zu legen. Stimulentia gibt er selten. Innerlich: Laxantien und Narcotica nach Bedarf; Schwefelcalcium 0,01—0,015 zweistündlich und eine Mixtur von Magnesia, Eisen und verdünnter Schwefelsäure dreimal täglich nach den Mahlzeiten.

Diese Behandlung soll den Prozefs in verhältnismäfsig kurzer Zeit beendigen, wenig Schmerzen verursachen, eine kleine Narbe hinterlassen, die Operation und die Bettruhe überflüssig machen. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 1885. Mai.)

Hypertrichosis. Jackson gibt in einem Artikel (Superfluous hair, *Med. Record.* 1885. 23. Mai) eine Übersicht über obigen Gegenstand. Er trennt denselben in zwei Teile, 1. allgemeine Hypertrichosis, 2. partielle Hypertrichosis, und die letztere weiter in angeborene und acquirierte partielle Hypertrichosis.

In bezug auf die allgemeine Form bekennt er sich zu Unnas Theorie, nämlich zur Persistenz des fötalen oder primitiven Haars, welches ohne den normal eintretenden Haarwechsel geblieben sei. Die Ursachen partieller Hypertrichose sind Hitze und Feuchtigkeit, Vermehrung des Blutzuflusses, vasomotorische Störungen, endlich Einfluſs von Wind und Wetter. Die Ursache des Weiberbartes ist oft dunkel. Verf. resumiert folgendermafsen: „Während es hin und wieder den Anschein hat, als ob zwischen der uterinen oder besser der menstrualen Funktion und dem Haarwachstum des Gesichtes eine derartige Beziehung besteht, dafs eine Abnahme jener mit einer Zunahme dieses zusammenfällt, so ist doch in der Mehrzahl der Fälle eine solche nicht nachzuweisen, in welchen dann die Ursache gänzlich dunkel bleibt."

Die elektrolytische Behandlung der Hirsuties hat sich in den Händen von Jackson bewährt, obgleich die Operation zeitraubend ist und ein Mifserfolg bei etwa 20 % der Haare eine Wiederholung und selbst eine zweite nach einiger Zeit nötig macht. Er benutzt eine feine Stahlnadel als negativen Pol einer Batterie von 10—15 Elementen.

Die Nadel wird neben dem Haar in dessen Richtung eingeführt. Die Haare werden darauf nur ganz sanft angezogen, wobei sie dem Zuge folgen müssen, falls die Papille zerstört ist.

Hauterkrankung und Ehe. Ohman-Dumesnil hält gewisse Dermatosen für mehr oder weniger hereditär und glaubt, dafs die von denselben Befallenen nicht heiraten sollten oder wenigstens, dafs ihre Ärzte sie von der Möglichkeit der Vererbung ihrer Krankheit in Kenntnis setzen sollten. Dieser Stand der Dinge ist der Syphilis gegenüber ein allgemeiner. Infektiöse und parasitäre Leiden gelten auch gewöhnlich als Kontraindikationen der Ehe. Verf. will folgende Dermatosen diesen angereiht wissen: Psoriasis, Ekzema, Lupus vulgaris, Ichthyosis, Lepra, Sarkom und Karcinom, und vielleicht chronischen Pruritus und Vitiligo. O-D. glaubt, dafs die Vererbung von beiden Eltern gleichmäfsig statt hat, und dafs nicht sowohl die lokale Hauterkrankung als solche vererbt wird, sondern dafs die ganze Konstitution tiefgreifende Veränderungen erleidet, die sich in der Hauterkrankung dokumentieren und den eigentlichen, gefährlichen Faktor darstellen. (*St. Louis Med. and Surg. Journ.* 1885. Mai.)

Aleppobeule. Altounyau in Aintab (Türkei) liefert in seiner Doktordissertation einen wertvollen Beitrag über dieses Thema, der auf sechsjähriger persönlicher Beobachtung in solchen Gegenden beruht, in denen die Aleppobeule endemisch herrscht. Dieselbe ist durchaus nicht auf Aleppo beschränkt und besitzt überall, wo sie vorkommt, verschiedene Namen. Die Araber nennen sie „Habb-el-sench", die Armenier „Daroo", beides etwa: Einjahrsknoten. In Aintab heifst sie: „Aie Bashi yarasu" (Neumondgeschwür) oder „Khousma yarasu" (Dattelgeschwür). Diese Benennungen haben einen gewissen Sinn, denn das Geschwür dauert gewöhnlich 1 Jahr; gewisse Veränderungen desselben sollen monatliche Termine einhalten und es herrscht mehrerenorts endemisch, wo Datteln kultiviert werden. Der Name „Oriental sore" von Tilbury Fox eignet sich am allerbesten, wenn die Erkrankung auch nicht gerade in den östlichen Gegenden besonders häufig ist. Die Delhi-, die Biskrabeule und andre Beulen und Geschwüre, die von verschiedenen orientalischen Plätzen ihren Namen empfangen haben, sind alles nur Varietäten der hier betrachteten Affektion.

Verf. definiert die Krankheit als eine endemische, indurierte und indolente Hautaffektion ohne konstitutionelle Symptome, die einzeln oder zu mehreren auf den exponierten Körperteilen meist als Papel auftritt, eine Reihe von Veränderungen progressiver und regressiver Natur eingeht, langsam unter einer Kruste heilt und eine Narbe hinterläfst. Sie befällt eine Person selten mehr als einmal. Kinder sind die hauptsächlichen Opfer, Erwachsene geniefsen eine relative Immunität. Säuglinge unter einem Jahre werden selten von ihr befallen oder höchstens in einer abgeschwächten Form. Das Geschlecht hat keinen prädisponierenden Einfluís. Fremde sind ihr nicht so ausgesetzt wie Einheimische, die ihr selten entgehen.

A. hält Gebers Ansicht für irrig, dafs die Krankheit entweder Lupus, Rupia, Skrofeln oder Syphilis sei, da sie so allgemein verbreitet sei und gewöhnlich kein Arzt zur Behandlung hinzugezogen werde. Auch Renards Theorie, nach welcher die Krankheit auf stark vermehrter Schweifssekretion beruht, kann A. nicht beipflichten, da die Schweifsdrüsen der Regel nach nicht der Sitz einer Entzündung sind, das Übel auch Personen befällt, die gar nicht viel schwitzen, da es in Gegenden vorkommt, in welchen die Temperatur nicht über 90—95° F. ansteigt, und da es dann eben gewifs nicht auf den Orient beschränkt sein würde. Die Aleppobeule ist auch nicht, wie Ekthyma und Rupia, Folgezustand grofser Schwäche und hervorgerufen durch atmosphärische und hygieinische Einflüsse; die letzteren scheinen hier eben keine Rolle zu spielen. Reich und Arm, reinliche und schmutzige Leute werden befallen. Auch der Wüstensand kann das Übel nicht veranlassen, da es in manchen Wüstengegenden fehlt.

Die Beule ist weder kontagiös noch autoinokulabel. Die Anzahl der Beulen bleibt vom Beginne bis zum Ende des Übels dieselbe. Auch das Trinkwasser ist ohne Einfluís und ebensohäufig gut wie schlecht. A. glaubt, dafs ein parasitärer Ursprung der Krankheit nicht unwahrscheinlich sei, wenn auch die von Carter von der Biskrabeule beschriebenen sich in seinem Falle von Alpeppobeule nicht vorfanden. Da sie meistens wie ein Muskitostich im Anfange aussieht, glauben die Eingeborenen, dafs sie durch den Stich eines Insekts erzeugt werde. Das Zusammenfallen der Zeit, in welcher die Beulen sich entwickeln, mit dem Reifungstermin vieler Insekten, der endemische Charakter und die Nichttransportfähigkeit, die Entstehung in den oberflächlichen und exponierten Hautpartien und die beschränkte geographische Verbreitung der Krankheit unterstützen diese Hypothese.

Mikroskopische Untersuchungen des Knotens zeigen, dafs die denselben konstituierenden Elemente hauptsächlich neugebildete Zellen des normalen, umgebenden Gewebes sind und einem Proliferationsprozefs ihr Dasein verdanken. Letzterer mag durch den reizenden Einfluís des Giftes des Insekts entstehen;

die schliefsliche Ulceration ist eine Folge des Zerfalls und der Nekrose dieser Zellenneubildung.

Der Knoten beginnt als eine kleine rötliche Papel, die eine Zeitlang stationär bleibt, dann aber wächst, an der Basis sich verhärtet, vertieft und vergröfsert, mit den unterliegenden Geweben verschmilzt und sich derb anfühlt. Die Oberfläche ist zuerst glatt und glänzend. Schmerz und Allgemeinstörungen sind nicht vorhanden, aber einige Empfindlicheit und viel Jucken. Nach einiger Zeit erweicht die Mitte des Knotens, bricht auf und entleert einige Tropfen Eiter, die zu einer graubraunen Kruste eintrocknen. Diese vergröfsert sich, bis sie fast den ganzen Knoten bedeckt; sie persistiert und ähnelt etwas einer Austernschale. Nach ihrer Entfernung tritt ein unregelmäfsiges, ovales oder rundes, flaches Geschwür mit schwammigem Grunde zutage, das sich wieder rasch überkrustet. Ungestört bleibt die Kruste während des ganzen Verlaufs an ihrem Orte, und das Geschwür vernarbt unter derselben. Die gewöhnliche Gröfse des Knotens ist 1 Zoll im Durchmesser, selten ist er bis 2 Zoll grofs. Meistens dauert er 1 Jahr, kann aber auch in 7 Monaten heilen und anderseits 10, ja 20 Jahre bestehen.

Besondere Komplikationen pflegen nicht einzutreten. Die Narben sind häufig verunstaltend. Der Knoten unterscheidet sich von einem Insektenstich durch einen raschen Ablauf, von Akne durch die Abwesenheit von Talgmassen und das langsame Wachstum, von Syphilis durch die Abwesenheit andrer Syphiliden, von Lupus durch die indurierte Basis, die stärkere Prominenz, die dicke konische graubraune Kruste, einen typischen Ablauf ohne ärztlichen Eingriff, seine Entstehung aus einer einer einzelnen, roten Papel, den oberflächlichen Charakter des Geschwürs und das Verharren an der ursprünglichen Stelle.

Die Krankheit endet nie tödlich. Doch kann in chronischen Fällen Epitheliom hinzutreten. Das Sekret des Geschwürs erzeugt wieder ähnliche Geschwüre, aber diese schützen nicht vor dem eigentlichen Knoten, wie der normale Knoten selbst.

Die Behandlung besteht in der Darreichung von Eisen, Jodkalium, Lebertran, äufserlicher Applikation von Jodtinktur und hygieinischen Mafsregeln. (*Journ. of cutan. and ven. Dis.* 1885. Juni. p. 161.)

New York, Juni 1885. G. Th. Jackson.

England.

Frühzeitige syphilitische Epidydimitis. A. Cooper (*Brit. Med. Journ.* 1885, 20. Mai) berichtet über einen Fall von dieser Krankheit, die scheinbar bisher nur von französischen Autoren erwähnt worden ist. Der Kranke, ein wohlhabender 20jähriger Mann, empfand eine schmerzhafte Schwellung in beiden Nebenhoden, zweiundeinhalb Monate nach dem Anfange des Schankers, während er noch unter merkurieller Behandlung war. Keine Verletzung, keine Gonorrhöe. Die globi majores auf beiden Seiten waren geschwollen, der linke aber zweimal so stark wie der rechte. Der ganze globus war affiziert, so dafs seine Gestalt unverändert blieb; die übrigen Teile des Organs waren von normaler Gröfse und Konsistens. Die Druckempfindlichkeit war gering. Da dieser Zustand während einer Quecksilberkur entstanden war, setzte C. etwas Jodkalium dem Sublimat hinzu; nach zwei Wochen hatten die Geschwülste angefangen merklich abzunehmen, und drei Monate nach ihrem ersten Erscheinen waren sie wieder vollständig zum Normal zurückgekehrt. Der Fall unterscheidet sich von den früher beschriebenen dadurch, dafs die ganze Substanz des globus major behaftet war, und bot daher eine glatte ebene Schwellung und nicht eine partielle oder knotige Verunstaltung des Nebenhodenkörpers dar.

Strachan (*Brit. med. Journ.* 1885. 30. Mai) beobachtete einen Fall von **Rotzkrankheit** bei einem Fuhrmanne, der ein krankes Pferd pflegte. Zuerst spürte er rheumatoide Schmerzen in verschiedenen Körperteilen. Später nahmen sie in der rechten Lende und in dem rechten N. ischiad. bedenklich zu, und 2 Tage später kam ein Ausbruch von Blasen an der äufseren Seite des rechten Unterschenkels und der poplit. Region zum Vorschein. Diesem folgte schnell eine dichte Eruption von herpesähnlichen Pusteln auf gerötetem, geschwollenem Grund, die bald in eine Schaar kleiner, Eiter und Pfröpfe entleerender Kratergeschwüre verwandelt waren. Nur zwei typische Rotzpusteln kamen anderswo vor, und in 3 Wochen war der Kranke imstande das Bett zu verlassen. Seine Frau wurde von ihm am Finger angesteckt, und ein zweiter Abscefs bildete sich an der inneren Ecke des Canthus.

Payne reibt bei **diffusem Herpes tonsurans** einmal täglich 5%iges Hg-Oleat mit einem Schwamme fest am ganzen Kopfe ein, ohne die alte Salbe fortzuwischen. Nach 14 Tagen werden die Krusten entfernt und Borsalbe appliziert bis der Kopf rein ist. Wenn sich dann noch abgebrochene Haarstümpfe finden, wird die Prozedur mit dem Hg-Oleat erneuert. Örtliche geringe Eiterung kontraindiziert die Behandlung nicht, dagegen Salivation. Jahre alte Fälle können so in wenigen Monaten geheilt werden. (*Brit. med. Journ.* 1885. 23. Mai.)

Charton berichtet über einen Fall **frühzeitiger syphilitischer Ataxie** (*Brit. med. Journ.* 1885, 27. Juni), der einen kräftigen, jungen, bis dahin gesunden aber dem Trunk ergebenen Bedienten betraf. Sechzehn Wochen vorher hatte er einen Schanker und dann Sekundärsymptome gehabt. Zehn Wochen später begann erst die rechte, dann die linke Zehe sich taub anzufühlen. Stiche und wohlausgebildete Ataxie gesellten sich so rapid hinzu, dafs der Patient schon nach vier Wochen nicht mehr gehen konnte. Bald darauf befiel Taubheit und Parese Hände und Arme. C. beobachtete vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall, in welchem ein früher gesunder Mann wenige Monate, nachdem er Syphilis acquirierte, Symptome von Ataxie zeigte. Beide Fälle wurden durch energische Schmierkuren rasch kuriert, während in den späten Fällen nach C. antisyphilitische Kuren von geringem Nutzen sind.

Mastermann warnt vor dem üblichen Gebrauch des **Alkohols bei phagedänischem Karbunkel.** Abstinenz von Alkohol, Eisenperchlorid und frühzeitige Eröffnung genügten M. zur Heilung selbst bei den schlimmsten Fällen und bei alten Leuten. (*Brit. med. Journ.* 1885. 30. Juni.)

Suckling beschreibt (*Lancet.* 1885. 16. Mai) einen kürzlich entstandenen, typischen Fall von **Myxödem** bei einer 76 Jahre alten Frau.

Thin untersuchte den Blaseninhalt von einem **akuten Pemphigus** bei einem sonst gesunden Mann. Gibiers sphärische Kokken konnten weder durch die minutiöseste mikroskopische Untersuchung (Trocknen, Färben) noch durch Züchtungsversuche auf saurer, neutraler und alkalischer Gelatine nachgewiesen werden.

Brooke demonstrierte vor der Manchester Med. Soc. einen Fall von **Dermatitis herpetiformis** (*Brit. med. Journ.* 1885. 23. Mai) der sich zur selben Zeit bei vier verschiedenen Schwangerschaften eingefunden hatte. Die Kinder aus diesen und den dazwischen liegenden gesunden Schwangerschaften waren stets gesund. Die Eruption bestand aus Gruppen von Bläschen auf Armen und Beinen und Papeln auf den Lenden. Neue Schübe bildeten sich rasch um die alten, und so breitete sich die Affektion in Gyris weiter aus. Die Bläschen gingen bald in Eiterung über und hinterliefsen die Haut in wundem Zustande. Das Jucken war bedeutend, und jeden neuen Ausbruch begleitete

Frost und leichtes Fieber. (Dieser letzte Ausbruch hatte ganz aufgehört vor der Geburt.)

Skleroderma. Radcliffe Crocker berichtet in zwei Vorlesungen (*Lancet.* 1885. Mai 23. 30) die genauen Krankengeschichten mehrerer höchst interessanter Fälle von Skleroderma. Bei einer 30 Jahre alten Frau verschwand ein Fleck, der 2½ Jahre bestanden hatte, nach einem Anfall von Typhoid. Bei einer andren Frau von 38 Jahren verschwand die „Morphaea" vollständig 18 Monate nach ihrem Beginne. Bei einem sonst gesunden Knaben wuchs ein Fleck innerhalb eines Monats von Thaler- bis zur Handgröfse. Bei einer Frau, welcher C. 1877 einen Fleck excidierte, recidivierte derselbe so vollkommen, dafs 1881 keine Spur von der Excision mehr zu sehen war. Aber 1885 zeigte sich, dafs sich ein Keloid an der Stelle entwickelt hatte. C. führt auch Fälle an, in welchen das Übel sich genau örtlich an Verwundungen hielt (Blasenpflaster, Schlag), einen Fall, in welchem die umschriebene Form der diffusen folgte, und zwei, in welchen sich die umschriebene zur diffusen entwickelte (nach Kälteeinwirkung, rheumatischem Fieber), wodurch die thatsächliche Identität beider bewiesen wird, wenn auch die Gelegenheitsursachen verschieden sein mögen. C. glaubt, dafs sie dasselbe Verhältnis wie das umschriebene und allgemeine Ekzem darbieten. Seine histologischen Untersuchungen dieser Affektion sind früher publiziert (*Lancet.* 1879. Nov.). In der Behandlung existiert kein Specificum, und örtliche Behandlung hat sich ganz nutzlos erwiesen[1]. Alle Reize müssen sorgfältig gemieden werden; selbst schwache elektrische Ströme haben eine deutliche Zunahme der Sklerodermaflecke zur Folge gehabt.

Manchester. Brooke.

Einem Hospitalberichte von Payne (*Report of the Departm. for Dis. of the Skin in St. Thomas's Hospital.* 1883. London 1884) entnehmen wir folgende Einzelheiten:

Ekzem. Unter 192 Fällen war kein Fall von „gout".

Strophulus, als besondere Form des Ekzems aufgefafst, tritt während der ersten Dentition in Form roter oder weifser, rasch Bläschen bildender Papeln auf den Aufsenseiten der Vorderarme und dem Gesichte auf.

Impetigo contagiosa. Eine stattliche Anzahl von 72 Fällen unter 681 Hautfällen im ganzen; bei 33 unter ihnen war eine Ansteckung nachweisbar; 65 Patienten waren unter 13 Jahren. Bemerkenswert ist die kurze Heilungsdauer von 1—3 Wochen bei einer Behandlung mittels Salben von weifsem Präcipitat oder salpetersaurem Hg. Die Drüsen sind meistens vergröfsert, wenn der Ausschlag am Hinterkopf, Kinn und Unterlippe, nicht, wenn er an der Nase, Stirn und oberen Backengegend sich befindet. Gegenden, deren Befallensein nach P. auch sonst nicht durch Drüsenschwellung sich dokumentiert. P. glaubt, dafs hierauf die mangelnde Drüsenaffektion bei Ulcus rodens beruhe. Als häufige Komplikationen fanden sich eiterige Entzündungen an diversen Schleimhäuten (7 mal Conjunctivitis, 2 mal Otorrhöe, 1 ulcerative Stomatitis, 1 Vaginitis, 1 Rhinitis), die im Gegensatz zu den Schleimhauterkrankungen beim Ekzem nicht in die Impetigo kontinuierlich übergingen, sondern durch gesunde Haut getrennt waren. In andern Fällen ging die Affektion von eiternden, mit Borken bedeckten, oft nur sehr unbedeutenden Wunden, z. B. Impfstichen, aus. (Beide Komplikationsweisen kann Ref. als häufig bestätigen.) 14 Fälle von pustulöser Dermatitis blieben zweifelhaft als

[1] Ich habe einen Fall von diffuser Sklerodermie mittels Natron salicylicum innerlich und einen Fall von umschriebenen Skleroderma des Nackens mittels Salicylpflastermulls geheilt. Die Empfehlung des salicylsauren Natrons gegen die diffuse Form rührt von Dr. Bülau (Hamburg) her. — Unna.

hierher gehörig. Von Mikroorganismen hat P. nur Kokken gefunden (ebenso wie CROCKER).

Psoriasis. Es erscheint für eine englische Statistik bemerkenswert, dafs unter 36 Fällen kein Fall von „Gout" anamnestisch erhoben werden konnte.

Lichen circumscriptus (vel circinatus). 4 Fälle. P. hat in der Privatpraxis und am Blackfriars-Hospital eine gröfsere Anzahl beobachtet und betont die häufige Verursachung durch das Tragen wollener Unterjacken.

(An dieser Stelle möchte ich [Ref.] bemerken, dafs mir erst kürzlich die Identität dieses nur von den Engländern diagnostizierten und erst von WEIL in die deutsche Dermatologie eingeführten Leidens mit einer Erkrankung aufgegangen ist, die ich schon seit Jahren kenne und in meinen Büchern als Ekzema flavum führe, um eine kurze Bezeichnung für sie zu haben, da ich in keinem Lehrbuch eine treffende Schilderung fand. Ich konnte an diese Dermatose bei LIVEINGS Schilderung des Lichen circumscriptus nicht denken, da LIVEING jede Beziehung zum Ekzem abweist (LAILLER nennt sie viel treffender: Eczema acnéique). Aber die Beschreibung des merkwürdigen gelben, Pityriasis versicolor ähnlichen Zentrums läfst doch keinen Zweifel zu, dafs mein Ekzema flavum identisch mit dem Lichen circumscriptus von LIVEING ist. WEIL anderseits betont das am meisten Charakteristische, die grofsen, zentralen, gelben Flächen gar nicht. Ich kann nun sicherstellen, und viele Kollegen, die meine Klinik besuchten, haben konstatieren können, dafs diese Affektion, die ohne Zweifel parasitär ist, bei längerem Bestande und grofser Ausbreitung zu Ekzemen führt und unter Umständen zu universellen und den am qualvollsten juckenden Ekzemen. Recidive der letzteren beginnen dann wieder mit den bekannten gelben Flecken mit rotem Knötchenkranz. UNNA.)

Prurigo infantilis, Lichen urticatus. Unter den zahlreichen Fällen ging keiner in HEBRAS Prurigo über. P. legt grofsen Wert auf Beruhigung des ganzen Nervensystems mittels Bromkalium und Chloralhydrat, um Nachtruhe herbeizuführen. (Ichthyolpräparate, innerlich und äufserlich angewandt, sind gegen dieses Leiden sehr wirksam. UNNA.)

Herpes tonsurans. In schwächeren Fällen gebraucht P. eine Salbe von

Borsäure	3 pp.
Vaselin	10 „
Paraffin	5 „

in schwereren das Quecksilberoleat (10%ige Salbe).

Pityriasis versicolor. Fein gepulverter Borax wird pur in die Haut eingerieben. Diese Prozedur soll angenehmer sein als Salben und Wässer.

Alopecia areata. In einigen Fällen guter Erfolg von einfacher Schwefelsalbe.

Acne varioliformis. Nach vergeblicher äufserer Behandlung in einem Falle rasche Heilung durch Arsenik (tgl. 3×6 Tr. Sol. Fowl.).

Lupus vulgaris. 4 Fälle. In zweien Symptome von Phthisis.

Lupus erythematosus. P. berichtet über 4 Fälle und differenziert das Übel im Gegensatz zu vielen seiner Landsleute klar und bestimmt vom Lupus vulgaris. Als einziges prädisponierendes Moment gilt ihm wie bei der Rosacea eine durch Magen- oder Uterinleiden erzeugte Hyperämie des Gesichts.

Schliefslich werden noch einzelne interessante Fälle von **Morphaea,** Macular Atrophy, Molluscum fibrosum und Xanthelasma multiplex mitgeteilt.

UNNA.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur.

Haslund, *Syphilis, opstaaet ved Infection gennem Svaelget.* Sep.-Abdr. *Hospitals-Tidende.* 1885.

Boeck, Caesar, *Fremdeles 3 Tilfaelde af syfilitisk Infektion gjennem Tonsillerne.* Sep.-Abdr. *Tidsskrift for praktisk Medicin.* 1885.

Finger, Ernest, *Prostatitis und Spermatocystitis chronica als Komplikation chronischer Urethritis.* Sep.-Abdr. *Wien. med. Presse.* 1885.

Gamberini, Pietro, *Del Rinofima.* Napoli. 1885.

Lewin, G., *Über Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der eigenthümlichen Pigmentation der Haut.* Sep.-Abdr. *Charité-Annalen.* X. Jahrg.

Inhalt: George Thin, Alopecia areata und Bacterium decalvans. — Max Bockhart, Zur Ätiologie und Behandlung der ulcerösen Merkurialstomatitis. — Unna, Instrumente zur Injektion. (Mit 6 Abbildungen. Fortsetzung.) — A. Wolff, Fixierungsnadel zur Phimosenoperation. (Mit 1 Abbildung.) — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.**

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Sendungen sind an einen der Herausgeber oder an die Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 18 zu richten.

Ausländische Korrespondenten der Redaktion: Dr. H. G. Brooke in Manchester, 189. High Street, Oxford Rd. — Dr. George Thomas Jackson in New York, N. Y. Policlinic. — Dr. E. Pontoppidan in Kopenhagen, Kjøbmagergade 52. — Dr. E. Renouard in Paris, 8 Rue St. Lazare.

Anzeigen.

Gelatina Zinci (Zinkleim) 10% (nach Unna)

4 kg in einer Blechdose = 1 Postpacket incl. Dose 13 ℳ.

Gelatina-Zinco-Ichthyoli (Zinkichthyoleim) 10:2% (nach Unna)

4 kg in einer Blechdose = 1 Postpacket incl. Dose 21 ℳ.

Kautschuk-Heftpflaster:

Collemplastrum, Belladonna, boricum, Hydrargyri album, ciner. und rubr., salicylicum, Sublimati und Zinci.

Salbenmulle = Unguenta extensa.

Saponimente = Medizinische Opodeldok.

(Näheres auf gefällige Anfrage)

empfiehlt die Papier- u. chem. Fabrik in Helfenberg b. Dresden.

Eugen Dieterich.

(NB. Alle unsre Artikel sind durch die Apotheken zu beziehen).

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J F. Richter** in Hamburg.

Naturforscher-Versammlung

in

Strassburg i/E.

Die in Aussicht gestellte Bildung einer *Sektion für Dermatologie* ist jetzt als eine Thatsache zu betrachten. Durch das Wohlwollen des Vorstandes der Versammlung ist die Konstituierung einer Sektion bewilligt und ein Sitzungslokal gesichert worden.

Folgende Herren haben bisher Vorträge angemeldet:

Professor NEISSER (Breslau):

1. Über Kalomelinjektionen bei Syphilis.
2. Über die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhöe.

Dr. KOPP (München):

3. Thema vorbehalten.

Professor DOUTRELEPONT (Bonn):

4. Demonstration von Syphilisbacillen.

Dr. UNNA (Hamburg):

5. Über Leprabacillen und Histologie der leprösen Haut.

Privatdozent Dr. WOLFF (Strafsburg):

6. Historischer Rückblick über das Verhalten der Lues in Strafsburg.
7. Über ein neues Jodpräparat.

Eine sehr erfreuliche Teilnahme, wenn man berücksichtigt, dafs es sich um die erste Versammlung der Fachkollegen in Deutschland handelt!

Ich möchte nun alle Herren Kollegen, welche geneigt sind, einen Vortrag in der Sektion zu halten, bitten, mir sobald als möglich das Thema mitteilen zu wollen, damit die Anzeige noch in der ersten Nummer des *Tageblattes* erscheinen kann.

Dr. Wolff,
Privatdozent.
Vogesenstrasse, STRASSBURG, Elsafs.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 9. September 1885.

Über das Pigment der menschlichen Haut

(nebst einem Vorschlag für wanderlustige Kollegen).

Von

P. G. Unna.

Die folgenden Bemerkungen und Schlüsse streifen mehrere Fragen, von welchen jede einzelne eine eingehende Bearbeitung verdiente. Diese soll hier nicht versucht werden. Dagegen dürften sie dazu dienen, vermöge präziserer Fragestellung die Bearbeitung derselben vorzubereiten und zu erleichtern.

Es gibt kaum einen Bestandteil der Haut, dessen Herkunft zur Zeit noch in tieferem Dunkel läge, als das Pigment derselben. Die histologische Untersuchung hat bald gezeigt, dafs wir zunächst zwischen dem Pigment der Cutis und dem der Epidermis grundsätzlich zu unterscheiden haben. Die Trennung beider ist allerdings zur Zeit nur eine topographische. Sowohl das normale Hautpigment des Europäers, das sich an den bekannten Prädilektionsstellen anhäuft, wie das universell verbreitete der farbigen Rassen, ferner das Pigment von vielen leichteren und flüchtigen Hautanomalien (z. B. Epheliden) sitzt lediglich in den unverhornten Epidermisschichten. Bei andern, tieferen Läsionen, so den Überresten alter Infiltrationsprozesse, finden wir es allein in der Cutis angehäuft. Noch andre Dermatosen, so die sogenannten Naevi, zeigen sowohl eine Pigmentation der Cutis wie eine abnorm starke Pigmentanhäufung in der Epidermis.

Ob aber das Pigment an den gedachten Stellen gebildet oder dort nur hintransportiert und abgelagert wird, dieser Frage ist erst

neuerdings von einzelnen Forschern, so von RIEHL[1] näher getreten. Es ist daher wohl als eine Möglichkeit zuzulassen, dafs alles Pigment aus einer Quelle stammt, als welche dann ausgetretene Bestandteile des Blutes aller Wahrscheinlichkeit nach sich herausstellen werden; aber ebenso besteht heute noch die Möglichkeit, wenigstens das Pigment der Epidermis als eine Bildung aufzufassen, die durch eine eigne Thätigkeit der Oberhaut in den Lymphwegen derselben, resp. den Zellen zur Abscheidung gelangt.

Bis diese Alternative durch histogenetische Untersuchungen entschieden ist, dürfen wir aber wohl versuchen, uns durch experimentell pathologische und physiologische Thatsachen in der Erkenntnis des Hautpigments leiten zu lassen.

Dieselben sind aus leicht begreiflichen Gründen an dem Pigment der Oberhaut leichter anzustellen als an dem der Cutis, denn das letztere entzieht sich der äufseren Wahrnehmung meistens vollständig. Eine Cutis, die ganz durchsetzt von Pigment und Pigmentzellen ist, würde dem Beobachter doch nicht tief dunkel erscheinen, wenn nicht fast stets zugleich eine starke Pigmentation der Oberhaut konkurrierte. Umgekehrt ist bei den gewöhnlichen Pigmentflecken ja fast nur die Oberhaut, die Cutis dagegen nicht in nennenswertem Grade pigmentiert. Eine schwärzliche oder braune Cutis würde bei fast unpigmentierter, weifser Oberhaut dieser nichts als einen bläulichen Schimmer erteilen, wie man ihn an jeder kutanen oder subkutanen, mit dunklem Blute gefüllten Vene wahrnimmt, und zwar ist dieser Schimmer um so stärker und dunkler, je gesättigter die betr. schwarze oder braune Farbe ist und je näher dieselbe an die Grenze der Oberhaut heranrückt.

Am mafsgebendsten für die äufsere Erscheinung ist von den letzteren Faktoren offenbar die Entfernung des Pigments von der Oberfläche oder — genauer ausgedrückt — von der Körnerschicht der Oberhaut. Diese letztere schiebt sich bekanntlich zwischen die durchsichtige Hornschicht und die durchsichtige Stachelschicht wie eine matte Glastafel ein und erklärt vollkommen, weshalb wir von dem einigermafsen tief in der Cutis steckenden Pigmente nur sehr wenig wahrzunehmen vermögen.

Man nehme ein Stück Glas, welches zum Teil durchsichtig, zum Teil matt angeschliffen ist, z. B. einen zentral angeschliffenen Objektträger, bringe dasselbe auf einen hellen Grund und schiebe unter das Glas einen schwarzen stabförmigen Körper (Instrumentengriff, Bleistift oder dergl.). Liegt das Glas direkt auf dem schwarzen Stabe, so sieht man diesen deutlich sowohl durch das durchsichtige wie durch das mattierte Glas; entfernt man das Glas aber nur sehr wenig von dem Stabe, so wird die Differenz zwischen beiden Stücken

[1] Zur Kenntnis des Pigments im menschlichen Haar. *Vierteljahresschr. f. Derm.* 1884. S. 33.

des Stabes sofort sehr bedeutend und bald so grofs, dafs man ihn durch das mattierte Stück garnicht mehr wahrnimmt, während man ihn durch das durchsichtige Stück in derselben Deutlichkeit sieht wie vordem.

Die einfache Erklärung für dieses Phänomen lautet: durch das mattierte Glas werden alle Punkte des Stabes nur als von den Körnern der Mattierung entworfene, unregelmäfsige Zerstreuungskreise wahrgenommen, die ganz klein sind, wenn der Stab dem Glase direkt anliegt, aber sehr grofs werden, sowie er sich erheblich davon entfernt, und demgemäfs dann nur ein vergröfsertes und ganz verwaschenes Bild zum Auge gelangen lassen.

Auf unsern Fall übertragen heifst das: Alle Lichtstrahlen, welche in die Haut eindringen und von derselben reflektiert unser Auge treffen, gelangen nur von solchen Punkten der Haut noch zu uns, die dicht unterhalb der am stärksten lichtbrechenden Körnerschicht liegen. Das aus gröfserer Tiefe der Haut herkommende Licht wird durch die Körnerschicht so stark zerstreut, dafs es für unsre Wahrnehmung verschwindet.

Deshalb nehmen wir auch das normale, in der untersten Stachelschicht auf der Haut des Europäers vorkommende Pigment für gewöhnlich nicht wahr, sondern nur das höher oben in der Stachelschicht gelegene Pigment, welches an den Prädilektionsstellen (z. B. Warzenhof, Scrotum) wenigtens die Hälfte des Stratum spinosum erfüllt. Ganz schwarz wie beim Neger erscheint die Haut aber nur dort, wo das Pigment bis unmittelbar an die Körnerschicht hinansteigt. Isoliertes Cutispigment aber würden wir bestenfalls blofs als einen matten, diffusen, bläulichen Schimmer der Haut wahrnehmen, Cutispigment neben Oberhautpigment (z. B. bei alten Hautsyphiliden) als einen matt blaugrauen Farbenanteil. Überhaupt werden wir an einem Pigmentfleck eine bläuliche Komponente nach dem Goethe-Brückeschem Gesetz der „trüben Medien“ auf konkurrierendes Cutispigment zu beziehen haben, während die vorwiegende, braune Komponente stets vom Oberhautpigmente herstammt. Soviel über die makroskopische Wirkung des Pigments.

Unsre experimentellen Versuche am Lebenden können sich also, wie aus dem bisherigen hervorgeht, lediglich mit dem Pigment der Oberhaut befassen, und da müssen wir zunächst zwei ganz verschiedene Farbenträger scharf voneinander trennen, das ist das Pigment und die Hornfarbe.

Das Pigment ist bekanntlich dunkelbraun und feinkörnig, umgibt mit farbigen Mänteln für gewöhnlich nur die untersten Stachelzellen, steigt, wo es sich anhäuft, in den Lymphwegen der Oberhaut in die Höhe und bildet so beim Neger einen vollständigen Ausgufs derselben. In der Höhe der Körnerschicht verschwindet das Pigment plötzlich mit dem Verschlufs der wässerige Lymphe führenden Spalten.

Die fettführenden, viel feineren Spalten der Hornschicht sind vollkommen frei von Pigmentkörnern.

Ob das Oberhautpigment durchaus rein intercellulär sitzt, ist eine noch ungelöste Frage. Ich neige mich allerdings der Ansicht zu, dafs das Pigment hier rein an die spaltförmigen Lymphräume gebunden ist, was dann zu dem Schlusse berechtigt, dafs die Stachelzellen der Oberhaut weder das Vermögen der Wanderzellen besitzen, Pigmentkörner zu „fressen", noch in sich das Pigment erzeugen. Mit dieser Ansicht wäre es dann immer noch gut vereinbar, dafs bei sehr starkem Pigmentgehalt die Pigmentkörner auch zum kleineren Teil in die Stachelzellen gelangen, nämlich vermittelst der feinen Lymphscheiden, welche mit den Nervenendknöpfen das Protoplasma durchbohren, am Kerne endigen und beim Ödem deutlich erweitert sind. Doch habe ich bisher kein Pigment in Oberhautzellen beim Menschen nachweisen können. Je feinere Schnitte man zur Disposition hat, um so sicherer sieht man das Pigment auf die Oberfläche der Zellen beschränkt. Bei irgendwie dickeren Schnitten täuschen allerdings einspringende, pigmentbedeckte Kanten und Winkel häufig das Vorhandensein von Pigment in den Zellen vor.

Die Hornfarbe beginnt, nur durch einen kleinen Zwischenraum getrennt, da, wo das Pigment selbst bei stärkster Anhäufung bereits aufgehört hat, nämlich oberhalb der Körnerschicht in der basalen Hornschicht (sog. strat. lucidum). Sie geht durch folgende Nüancen: hellgelb, blondgelb, dunkelgelb, braun, schwärzlich und ist, im Gegensatz zum Pigment, lediglich diffus verbreitet. An feinen Schnitten erweist sie sich an den äufseren Hornmantel der Zelle gebunden, daher der Name: Hornfarbe. Bei der normalen Haut des Europäers sowohl wie der des Negers ist die Hornfarbe hellgelb. Nur bei mannigfachen pathologischen Prozessen, so an den Spitzen der Komedonen, bei der Ichthyosis, ferner bei einer merkwürdigen, Xerosis ähnlichen Erkrankung der Hohlhände, bei welcher diese mit einer Unzahl feiner, schwärzlicher Einrisse besetzt sind und daher mit einem durch Seife nicht entfernbaren Schmutz bedeckt zu sein scheinen u. s. f., finden sich gewöhnlich alle Nüancen der Hornfarbe vor bis zum vollkommenen Schwarz.

Die Hornfarbe läfst keine bestimmte Beziehung zum Pigment der Oberhaut erkennen, etwa so, dafs bei starkem Pigmentgehalt die Hornfarbe dunkler nüanciert wäre. Im Gegenteile können wir bei der am stärksten pigmentierten Oberhaut des Negers eine ganz hellgelbe Hornschicht antreffen und umgekehrt bei einer mit schwarzen Komedonen übersäten Aknehaut das Pigment in der Stachelschicht vermissen. Dagegen ist die Hornfarbe in evidenter Weise abhängig von dem Alter der Hornzellen. Je älter, trockener und fester die Hornschicht, desto dunklere Hornfarbe zeigen die einzelnen Zellen.

Wenn wir mithin alles körnige Pigment, lagere es in der Cutis oder in der Epidermis, bis jetzt als einer Quelle entspringend wohl betrachten können, so müssen wir doch grundsätzlich bei allen pathologischen Prozessen der Haut wesentlich zweierlei unterscheiden: das körnige, stets gleichmäfsig dunkelbraune Pigment einerseits von der diffusen, sehr ungleich nüancierten Hornfarbe anderseits.

Von diesen beiden ist die Hornfarbe das nächstliegende, und ich stelle mir daher als erste Frage: Können wir aus der Betrachtung physiologischer oder pathologischer Vorgänge heute schon eine genauere Vorstellung gewinnen, wie die Hornfarbe zustande kommt?

In einer früheren Arbeit [2] habe ich nachzuweisen gesucht, dafs der eigentümliche Prozefs der Verhornung der Stachelzellen mit einer Sauerstoffentziehung — zugleich auch mit einer Wasserentziehung — verbunden ist, nachdem ich früher bereits bewiesen hatte[3], dafs dieser Prozefs sich lediglich an dem äufseren Mantel der Epithelzelle abspielt, und dafs die bedeutenden Veränderungen im Innern der Zelle (Auftreten von Keratohyalinkörnern, Zerbröckelung des Kerns, Eintrocknung des Protoplasmarestes) als sekundäre und für die Verhornung nebensächliche aufzufassen sind.

Dieser Akt der Reduktion während der Verhornung steht nun wahrscheinlich in nächstem Zusammenhange mit dem Auftreten der Hornfarbe. Es spricht vor allem dafür, dafs wir durch freien Sauerstoff (H_2O_2) sowohl die Verhornung hindern wie die Dunkelfärbung der schon gebildeten Hornschicht wieder aufheben können, und dafs durch reduzierende Mittel (Schwefel) sowohl die Verhornung begünstigt wie die bereits gebildete Hornschicht dunkler gefärbt wird. Das letztere ist eine alltägliche Erfahrung bei ausgiebigem äufsern Schwefelgebrauche.

Andernorts habe ich nachgewiesen[4], dafs die Bleichung der Hornsubstanz durch Wasserstoffsuperoxyd nicht nur das körnige Pigment der Haut, sondern vor allem auch die Hornfarbe betrifft, und dafs durch diese gründliche Art der Bleichung Haare und Hornschicht successive vom tiefsten Schwarz gerade durch alle Nüancen der Hornfarbe (braun, blond, hellgelb) hindurch zurückgeführt werden können bis zu völliger Transparenz.

Der Vorgang gleicht mithin ganz der Art und Weise, wie ein Niederschlag von Osmium in den Geweben durch H_2O_2 wieder zur farblosen Überosmiumsäure oxydiert wird.[5] Es mufs sich während der Verhornung in den verhornenden Mantelschichten der Zellen ein

---

[2] Überhäutung und Überhornung. *Berl. klin. Wochenschr.* 1883. No. 35.
[3] v. ZIEMSSENs, *Handb. d. Hautkrankhtn.* Bd. I. S. 32.
[4] Ebenda. S. 59.
[5] Diese *Monatshefte.* 1883. S. 31.

Körper in verschiedener Mächtigkeit ablagern, der je nach seiner Dichtigkeit die betreffende Nüance der Hornfarbe erzeugt und durch Oxydation leicht wieder in einen farblosen Körper sich verwandeln läfst. Diesen Körper nenne ich die Hornfarbe.

Es lassen sich nun Thatsachen anführen, welche es erklärlich machen, dafs nicht nur äufserlich angewandte Reduktionsmittel (Schwefel) eine stärkere Verhornung und zugleich eine dichtere Ablagerung von Hornfarbe bewirken, sondern dafs die Hornfarbe auch spontan vielerwärts eine dunklere wird.

Eine solche Thatsache finde ich darin, dafs die Hornsubstanz, welche selbst erst durch einen Reduktionsprozefs aus protoplasmatischer Substanz entstanden ist, an sich wiederum einen reduzierenden Körper darstellt. Hierfür lassen sich leicht histologische Facta und alltägliche Beobachtungen anführen.

Zunächst habe ich nachgewiesen[6], dafs frische, vollständig durch Äther entfettete Hornschicht sehr wohl noch imstande ist, Osmiumsäure zu reduzieren. RANVIER hatte bekanntlich die schwarzen Bänder, die in der Hornschicht bei Osmiumwirkung auftreten, lediglich auf die Einfettung der Hornschicht zurückführen zu können geglaubt. Ich habe dem gegenüber nachgewiesen, dafs die genauere Disposition dieser Bänder einer solchen Annahme nicht günstig ist, und dafs auch nach vollständiger Entfettung noch eine Bänderung durch Osmiumsäure bewirkt wird, die allerdings anders disponiert ist als bei der natürlich eingefetteten Hornschicht. Soviel steht also jedenfalls fest, dafs nicht nur das Fett der Hornschicht reduzierend auf Osmiumsäure wirkt, sondern auch die Hornsubstanz selbst. Beim Lebenden würden, wenn die Hornschicht reduzierende Wirkungen äufsert, wohl beide Faktoren gleichmäfsig in Betracht kommen. Eine stark eingefettete Hornschicht (Comedo) wird im allgemeinen stärker reduzierend wirken als eine entfettete oder mit Wasser imbibierte.

Wenn es durch diese histologische Thatsache auch schon erwiesen wird, dafs die scheinbar toten Zellkörper der Hornschicht merkwürdigerweise noch eine gewisse Sauerstoffgier besitzen, die wir gewohnt sind, sonst nur den lebendigen Zellen zuzuschreiben, so möchte ich zur besseren Stützung dieser These doch noch an die bekannte Erscheinung der Reduktion des salpetersauren Silbers auf der Haut erinnern. Es ist jedermann bekannt, dafs ein Tropfen Höllenstein, auf die sogar ganz entfettete Oberhaut gebracht, mit fataler Sicherheit Silber in den oberen Hornzellen zur Abscheidung bringt, denn der Fleck verschwindet bekanntlich erst mit der Abschuppung der betreffenden Hornzellenschicht selbst. Es ist weiterhin leicht zu konstatieren, dafs das Silbersalz am aus-

[6] ZIEMSSENs *Handb. d. Hautkrankhten.* Bd. I. S. 35.

giebigsten auf der dicken Hornschicht der innern Handfläche reduziert wird. Weniger bekannt ist, dafs das Licht bei diesem Reduktionsprozesse eine grofse Rolle spielt. Wenn die Berührung der Haut mit Höllenstein im Dunkeln stattfindet und ein Hinzutreten des Lichtes nachher sorgfältig vermieden wird, so tritt die Schwärzung nur sehr spät und spärlich ein. Beim Färben der Haare mittels Höllenstein pflegt man eine Waschung mit Pyrogallol der Anwendung des Höllensteins folgen zu lassen, damit die Schwärzung rascher eintritt und gleichmäfsiger ausfällt; aber notwendig ist dieses Reduktionsmittel nicht, jede Hornsubstanz reduziert das salpetersaure Silber am Lichte.

Ebenso wie bei diesem Salze gestaltet sich die Sache bei der Chromsäure, was den Wolltechnikern ganz gut bekannt ist. Wolle, mit chromsaurem Kali und dann mit Schwefelsäure behandelt, färbt sich durch Reduktion der Chromsäure zu Chromoxyd grün.

Durch diese verschiedenen Farbenreaktionen scheint es mir über allen Zweifel erhaben fest zu stehen, dafs die fertige Hornsubstanz als ein reduzierender Körper betrachtet werden mufs. Dann aber läfst es sich auch leicht verstehen, dafs, *je älter die Hornsubstanz wird, desto mehr Hornfarbe in ihr abgeschieden wird*. Oder um uns positiver auszudrücken — wenn wir als den reduzierenden Bestandteil einmal den normalen Schwefelgehalt der Hornsubstanz betrachten, — eine Annahme, die die gröfste Wahrscheinlichkeit für sich hat —, so läfst sich leicht verstehen, dafs der natürliche Schwefel der Hornsubstanz eine mit der Zeit immer stärker werdende Schwärzung derselben bedingt.

Somit wäre das Verständnis für *eine spontan eintretende Nachdunkelung der Hornsubstanz* gegeben. Diese wird überall leicht eintreten, wo Hornschicht lange Zeit vor Abschilferung bewahrt bleibt durch einen festen Zusammenhalt der Hornzellen, so besonders beim Comedo, der Ichthyosis, dem Hauthorn, der Onychogryphose, Warzen etc. Begünstigt wird die Schwärzung noch, wenn die Hornschicht zugleich stark eingefettet ist, wie beim Comedo und der Ichthyosis. Dafs die Hornschichten der Leichdörner im allgemeinen viel seltener dunkel werden, mag teilweise auf der gröfseren Feuchtigkeit der Fufsoberfläche, zum Teil aber auch auf der durch die Fufsbekleidung erzeugten permanenten Dunkelheit der Umgebung beruhen.

Denn höchst interessanter Weise scheint auf diese der Hornsubstanz inhärente, aktive Reduktionswirkung ebenfalls *das Licht* von grofsem Einflufs zu sein. Es ist nämlich auffallend genug, dafs sich zuerst immer die dem Licht exponierten Teile der Hornschicht bräunen. So ist beim Comedo lange Zeit hindurch nur der sogenannte Kopf dunkel gefärbt, und nur äufserst langsam, in Monaten und Jahren, kriecht die Schwärzung auch bis in die unteren Partien des

Comedo fort.[7] An den alten Schuppenmassen eines Keratoms oder einer Ichthyosis haftet die dunkelste (ebenfalls nicht von Kohlenstaub herrührende) Hornfarbe an der Oberfläche und kriecht nur an den Spalten entlang in die Tiefe u. s. w.

Nach dem bisher Besprochenen können wir uns jetzt schon eine etwas klarere Anschauung von der Hornfarbe entwickeln. Sie ist das Produkt einer im Dunkeln langsam, am Lichte rascher vor sich gehenden, inneren Dekomposition der Hornschicht. Gewisse Bestandteile des Keratins (wahrscheinlich schwefelhaltige) besitzen die Fähigkeit, aus andern Bestandteilen der Hornschicht unter dem Einfluſs des Lichtes Sauerstoff abzuspalten und zu eigner Oxydation zu verwenden. Jene verwandeln sich dadurch in einen gelbgefärbten Körper, der in feinster Verteilung die Hornsubstanz diffus durchsetzt und bei immer stärker werdender Anhäufung makroskopisch die blonde, braune bis schwarze Farbe der Hornschicht erzeugt. Diesen reduzierten Körper nenne ich die Hornfarbe; Wasserstoffsuperoxyd verwandelt denselben rasch wieder in den ungefärbten anfänglichen Bestandteil der Hornsubstanz.

Ich wende mich nun zu dem Pigment der Oberhaut, d. h. zu ihrem körnig ausgeschiedenen Farbstoff. Wie wir uns die Herkunft desselben denken, ob er in der Stachelschicht selbst erzeugt oder — was viel wahrscheinlicher ist — mit dem Lymphstrom aus der Cutis, soweit es eben des Raumes wegen möglich ist, in die Oberhaut verschleppt wird und hier aus Mangel an genügend starkem Rückstrom der Lymphe einfach stecken bleibt, soviel ist sicher, daſs wir ihn mittels desselben Prozesses zerstören können wie die Hornfarbe, nämlich durch Oxydation. Die sichersten Mittel, um alles körnige Pigment in der Oberhaut und Cutis zu zerstören, d. h. in ungefärbte Verbindungen zu verwandeln, sind die bekannten Sauerstoffträger: Wasserstoffsuperoxyd, Sublimat, Wismutoxychlorid, Salpetersäure, Jodverbindungen. Es ist mir aus diesem einen Grunde allein nie wahrscheinlich gewesen, daſs wir in dem braunen Pigment der Oberhaut einen einfachen, eisenhaltigen Rest extravasierter Blutkörperchen vor uns haben. Und die neuerdings von NENCKY gefundene Thatsache, daſs auch das Pigment melanotischer Sarkome gröſsere Mengen von Schwefel enthält, sollte, meine ich, diesen Zweifel unterstützen. Mir ist es stets unmöglich gewesen, an dem Pigment der Oberhaut durch Schwefelammonium eine Eisenreaktion zu erzeugen. Allerdings spricht der Mangel dieser Reaktion auf Eisen noch durchaus nicht gegen die Abstammung des betreffenden

---

[7] Daſs die Schwärzung des Comedokopfes lediglich von der Hornfarbe und nicht von Schmutz herrührt, habe ich bereits 1880 zur Genüge nachgewiesen. Aber von nichts trennt sich der Mensch weniger gern als von alten Vorurteilen. Immer noch grassiert derselbe Irrtum in den Lehrbüchern, ohne daſs auch nur ein Autor meine Versuche nachgeprüft hat. (VIRCHOWs *Arch.* Bd. 82. S. 175.)

Farbstoffes vom Hämoglobin, aber doch für eine bedeutende Umwandlung desselben, wenn er wirklich vom Blutfarbstoffe herrührt.

Dieses Pigment der Oberhaut besafs für die Pathologie und Therapie lange Zeit keine sehr einschneidende Bedeutung, bis wir neuerdings eine Affektion kennen lernten, die merkwürdigerweise mit einer Pigmentanomalie anfängt und mit Karcinomatose zum Tode führt, ich meine die Melanosis lenticularis progressiva (nach Pick). Seitdem wir wissen, dafs eine so furchtbare Krankheit mit einer unschuldigen Pigmentose beginnt, tritt dringend die Anforderung an uns heran, uns über dieses eigentümliche Pigment eingehend zu unterrichten, und so waren es denn auch therapeutische Studien an der Melanosis lenticularis progressiva, welche mich bewogen, das Studium des Hautpigments wieder aufzunehmen.

Die Prognose dieses vielnamigen Übels gilt bei mehreren Autoren für eine absolut infauste. Vidal sagt: „Le pronostic est très grave et le xeroderma pigmentosum semble être une maladie incurable et fatalement mortelle.“ Kaposi: „Die Prognose des Xeroderma pigmentosum ist nach unsren bisherigen Erfahrungen nicht sonderlich günstig. Dafs wir der Dyschromasie, als Verunschönung, gegenüber therapeutisch nicht viel auszurichten vermögen, ist bekannt. Aber auch die Carcinomatosis trifft uns ziemlich ratlos.“ Neisser: „Die Krankheit ist unheilbar und führt meist durch multiple Karcinomatose frühzeitig den letalen exitus herbei.“

Dagegen stellen Taylor, Duhring und Pick die Prognose etwas günstiger, und Pick sagt: „Ich stimme mit Taylor überein, dafs nicht alle Fälle einen malignen Charakter an sich tragen, und dafs in solchen Fällen geeignete Schutzmafsregeln, in früherer Zeit angewendet, der Weiterverbreitung der Krankheit Einhalt thun können.“

Worin diese Schutzmafsregeln bestehen sollen, darauf geht Pick jedoch ebensowenig ein, wie irgend einer der genannten Autoren ausgedehnte therapeutische Versuche — ich meine natürlich mit äufserlichen Mitteln — gemacht zu haben scheint. Es fehlen wenigstens die Angaben darüber. Anderseits sind aber alle darüber einig, dafs in der Ätiologie dieses Leidens ein Punkt die gröfste Rolle spielt, nämlich das Sonnenlicht. Gleich den Epheliden treten die ersten Pigmentflecke der Melanosis lenticularis nur an direkt vom Sonnenlicht getroffenen Stellen auf und überschreiten die Grenze permanenter Belichtung erst nach jahrelanger Dauer. Ebenso haben die Sonnenstrahlen auch später, wie ich mich überzeugt habe, auf den Fortschritt der Pigmentierung und das Wachstum der Knoten sowohl auf der Haut wie auf der Conjunctiva einen entschieden ungünstigen Einfluls.

Wenn dem aber so ist, so können wir, glaube ich, froh sein, wenigstens einen ätiologischen Faktor zu kennen. Denn wenn wir ihn kennen, müssen wir ihn auch mit der Zeit bemeistern lernen.

Den Einfluſs des Lichtes speziell von der Haut auszuschlieſsen, gehört doch, streng genommen, nicht zu den wirklich schwierigen Aufgaben. Schon das Auftragen einer Rufsschicht auf die besonnten Hautpartien, das Tragen einer beliebigen Maske würde ja diesen Faktor vollständig eliminieren und damit den Verlauf der Krankheit günstig beeinflussen können.

Diese einfache Lösung des Problems genügt aber den Anforderungen der Praxis nicht. Der Verlauf des Übels ist ein zu schleichender, das Allgemeinbefinden der Patienten ist Jahre lang so wenig gestört, daſs derartige rigorose Maſsregeln einfach undurchführbar wären. Als nächste Aufgabe stellte sich mir daher die Beantwortung der Frage dar: Gibt es hautähnliche Deckmittel, welche alle oder wenigstens die wirksamen Sonnenstrahlen absorbieren und dadurch die Haut vor ihnen zu schützen imstande sind?

Um diese Frage experimentell lösen zu können, zerlegte ich sie in zwei Unterfragen: 1. Welche hautähnlichen Farben sind es (rot, orange, gelb), die von einer lichtempfindlichen Platte das Licht am besten abzuhalten vermögen? 2. Sind die für lichtempfindliche Platten wirksamen Strahlen des violetten Spektrumendes des Sonnenlichtes auch wirklich diejenigen, welche einen Einfluſs auf die Pigmentierung der Haut üben?

Bei dem Studium der ersten Frage setzte ich zunächst voraus, daſs die zweite in affirmativem Sinne zu beanworten sei, indem ich mich auf folgende Überlegungen stützte.

Wir zerfällen das ganze Sonnenspektrum bekanntlich künstlich in drei Regionen, die übrigens durchaus nicht scharf geschieden sind. Die jenseits des Rots gelegene, unsichtbare Partie, das Ultrarot, enthält die wirksamsten, thermischen Strahlen, und an der Bevorzugung der Wärmestrahlen partizipiert auch noch das mit Rot beginnende Ende des sichtbaren Spektrums. In das Orange fällt sodann das Maximum der Lichtintensität und über das Violett hinaus in das wiederum unsichtbare Ultraviolett das Maximum der chemischen Wirkung.

Für unsern Zweck kommen nun höchst wahrscheinlich die Wärmestrahlen gar nicht in Betracht, da wir bisher von einer Einwirkung der strahlenden Wärme allein (z. B. Ofenwärme) auf die Pigmentierung der Haut nichts wissen. Personen, welche durch ihren Beruf kontinuierlich höhern Graden strahlender Wärme ausgesetzt sind, wie Bäcker, Glasbläser, Heizer, und sich dabei sehr wenig dem Sonnenlichte exponieren, sind sogar meistens auffallend blasse Menschen ohne Neigung zu Pigmentflecken der Haut. Ihre

Blässe rührt offenbar wie bei den südlichen Nationen von der höheren Aufsenwärme her, welche reflektorisch das Kaliber der unbedeckten Hautarterien auf einen stärkern Kontraktions- und schwächeren Füllungszustand einstellt, während umgekehrt kühlere Luft die Arterien der Gesichtshaut reflektorisch (also nicht direkt, sondern durch Vermittelung des Gefäfsnervenzentrums) erweitert und die Gesichtshaut rötet. Diese in permanenter Anämie gehaltene Haut scheint nun durchaus nicht zur Pigmentierung disponiert zu sein.

Die einfache Lichtintensität anderseits, die ihr Maximum im Orange findet und im Rot und Gelb nach beiden Seiten noch ziemlich bedeutend ist, um nach dem violetten Ende rasch abzufallen, kann an und für sich auch nicht in Betracht kommen, da das Licht doch nur die auslösende Kraft darstellt, welche die chemischen Prozesse in der Haut, die zur Pigmentierung derselben führen, einleitet. Wäre das Licht mehr als dieses, würde seine lebendige Kraft dazu verbraucht, den chemischen Prozefs der Pigmentierung beständig zu unterhalten, so würde die Intensität des gebildeten Pigments direkt proportionell sein müssen der lebendigen Kraft an Ätherschwingungen, welche der Haut durch die Sonne zufliefsen; dann käme in der That die Intensität des Lichtes in erster Linie in Betracht. In Wirklichkeit verhält es sich aber ganz anders. Freilich erleben wir täglich, dafs eine besonders starke Lichtintensität, z. B. bei einer Bergtour, eine blasse Gesichtshaut in 24 Stunden „einbrennen", d. h. pigmentieren kann; aber diese Thatsache berechtigt zu keinen bestimmten Schlufsfolgerungen, da neben den gelben ja auch die violetten Strahlen bedeutend vermehrt waren. Dagegen müfste die Pigmentierung in allen Fällen, d. h. bei allen Menschen in höherem oder geringerem Grade während der Dauer des Sommers, resp. der Sonnenbestrahlung gleichmäfsig fortschreitend zunehmen, was bekanntlich ganz und gar nicht der Fall ist. Im Gegenteil wissen wir, dafs die Pigmentierung, das „Einbrennen", anfänglich rasch zunimmt, um dann langsamer fortzuschreiten und schliefslich bei einem gewissen Maximum still steht, um oft noch während kräftiger Bestrahlung unter dieses Maximum abzusinken. Jedenfalls ist gar keine Proportionalität zwischen der Tiefe der Pigmentierung und der Summe aller in chemische Leistung umgesetzten lebendigen Kräfte an Lichtwellen zu konstatieren.

Wir müssen uns also vorstellen, dafs das Licht chemische Verbindungen, resp. Trennungen in der Haut auslöst, und dafs dadurch sogar Hindernisse für den weiteren Fortgang des Prozesses der Pigmentierung geschaffen werden. Worin dieses Hindernis besteht, ist auch leicht zu begreifen, nämlich in dem erzeugten Pigment selbst. Je tiefer die Pigmentierung wird, desto mehr Licht, welches sonst noch wirksam werden würde,

muſs durch das schon gebildete Pigment absorbiert und für die Haut wirkungslos werden. Wenn wir nun bedenken, daſs dieses Pigment eine gelbbraune Farbe besitzt, also blaue und violette Farben vorzugsweise absorbieren wird, so werden wir dahin geführt, anzunehmen, daſs gerade die blauen und violetten, d. h. die sogenannten chemischen Strahlen auch die pigmentophoren Strahlen sind.

Von mehreren Seiten werden wir also darauf hingewiesen, es für höchst wahrscheinlich zu halten, daſs das violette Spektrumende die Kraft besitzt, die Pigmentierung der Haut herbeizuführen. Einerseits erscheinen weder die roten Wärmestrahlen ausreichend zu diesem Zweck. Eine schwächere Lichtintensität, wenn nur die beteffende Wellenlänge geeignet ist, leicht in chemische Arbeit umgesetzt zu werden, mag das Resultat viel eher herbeiführen. Anderseits wird die zeitliche Kurve der Pigmentierung nur leicht verständlich durch die Annahme einer vorzugsweisen Wirksamkeit der sogenannten chemischen Strahlen, die auch sonst überall in der Natur, sowohl bei der Zersetzung der Kohlensäure durch die Pflanzen wie bei der Schwärzung photographischer Platten — wenn auch nicht die einzige — so doch die Hauptrolle spielt.

Diese Überlegungen veranlaſsten mich, als ich auf die Suche ging nach solchen Stoffen, welche ohne in der Praxis zu auffällig zu sein, als Lichtpanzer für die unbedeckte Haut dienen konnten, von vornherein mein Augenmerk auf die Komplementärfarben des violetten Spektrumendes zu richten, d. h. auf das Rot, Orange und Gelb. Zugleich waren dieses ja auch diejenigen Farben, welche der natürlichen Hautfarbe am nächsten kamen.

Es ist nun von vornherein klar, daſs sich die betreffenden farbigen Stoffe sehr verschieden verhalten werden, jenachdem sie den Rest des Lichtes nach Absorption der blauen und violetten Strahlen in das Auge des Beobachters zurückwerfen oder nicht, also ob sie sich mit andern Worten farbig undurchsichtig oder farbig durchsichtig verhalten. Bei den farbig undurchsichtigen, sogenannten Deckfarben muſs nämlich die Nüance, um nicht auffällig zu erscheinen, viel genauer dem natürlichen Teint entsprechen als bei den farbig durchsichtigen, bei denen schon die hindurchschimmernde Hautfarbe selbst das Resultat günstiger gestaltet. Im allgemeinen sind also, gleiche Güte vorausgesetzt, farbig durchsichtige Farben vor allem zu suchen und zu bevorzugen.

Die Untersuchung hatte nun, immer von der Hypothese der Wirksamkeit des violetten Spektrumendes ausgehend, nichts weiter nötig, als mit den zu vergleichenden, auf Glasplatten gestrichenen Farben sogenanntes photographisches (d. h. auf blaues und violettes Licht fast allein reagierendes) Papier zu bedecken und dieses, so bedeckt, dem Sonnenlichte eine Zeitlang auszusetzen. Auf diese

Weise wurden zur dauernden Aufhebung geeignete Photographien erzeugt, in denen auf schwarzem Grunde die mit Farbe bedeckt gewesenen Stellen sich als mehr oder weniger helle, bis ganz weifse Flecke abhoben. Je heller der Fleck, desto mehr chemische Strahlen hatte die Farbe absorbiert; absolute Weifse des Fleckes bedeutete vollständige Absorption.

Versuch 1. Die erste Glastafel präparierte ich mit den drei folgenden Farben: 1. Korallin, 2. Rhabarbertinktur, 3. Curcumatinktur, lauter durchsichtigen und dabei sehr verschiedenen gelben Farbentönen, die in möglichst gleich dicker Schicht und in Konzentrationen aufgetragen wurden, welche dem Auge ungefähr den gleichen Eindruck der Sättigung machten. Korallin liefs sehr viele, Rhabarber etwas weniger chemische Strahlen hindurch. Curcuma hingegen, obgleich von gröfserer Transparenz als die beiden andern Farben, liefs so gut wie keine chemischen Strahlen hindurch und erzeugte demgemäfs einen rein weifsen Fleck.

Versuch 2. Eine zweite Glastafel präparierte ich mit gleich dicken Schichten wässeriger Lösungen von 1. sulfoichthyolsaurem Ammoniak, 2. Pikrinsäure, 3. Alkanna. 1 und 3 waren ziemlich durchsichtig, 3 durch aufgeschwemmte Pikrinsäure völlig undurchsichtig. Trotzdem erwies sich die Pikrinsäure als stark durchgängig für die chemischen Strahlen, während Alkanna wenigstens dort, wo die aufgetragene Schicht an einer Seite dicker war, und das Ichthyolsalz auch in dünneren Schichten viel violettes Licht absorbierten.

Versuch 3. Eine dritte Tafel erhielt drei gleich dicke Überzüge von pastenartigen, ganz undurchsichtigen Massen, nämlich von 1. Orléans, 2. Eisenoxyd, 3. rotem Bolus. Hier erwies sich Eisenoxyd etwas absorptionskräftiger als Orléans, roter Bolus aber wiederum stärker absorbierend als Eisenoxyd, so dafs der Anstrich von rotem Bolus wirklich einen absolut weifsen Fleck lieferte.

Versuch 4. Hiernach wurden auf einer Glastafel gemeinsam dem Lichte exponiert Anstriche von 1. Curcuma, 2. Chromgelb, 3. Indischgelb, 4. Gummigutt, 5. Alkanna. Die Absorptionskraft erwies sich in derselben Reihenfolge abnehmend, in welcher die fünf Stoffe angeführt sind. Chromgelb lieferte einen fast genau so hellen Fleck wie Curcuma, war aber absolut undurchsichtig, während sich Curcuma trotz dicker Schicht noch recht durchsichtig verhielt; übrigens kommt ja Chromgelb wegen seiner Giftigkeit für unsre Zwecke kaum in Betracht.

Versuch 5. Da es sich in den ersten drei Versuchen herausgestellt hat, dafs Curcuma, das Ichthyolsalz und roter Bolus chemische Strahlen stark absorbierten, machte ich folgenden Parallelversuch mit den möglichst konzentrierten Substanzen (Curcumatinktur von 1 Tl. Curcuma auf 3 Tle. Tinktur, purem Ichthyolsalz, mit wenig Wasser angerührtem Brei von rotem Bolus), dafs ich je einen Tropfen der-

selben und einen ebenso präparierten von weifsem Bolus zum Vergleiche auf die vier Quadranten eines Glastäfelchens brachte, welche durch ein gleichmäfsig feines Kreuz von aufgeklebten Papierstreifen getrennt waren. Auf das so präparierte Glastäfelchen kam ein zweites, welches sich fest dem Pappkreuz auflegte und dabei die vier dicken Tropfen platt drückte. So waren auf das einfachste vier absolut gleich dicke Schichten dieser Substanzen hergestellt. Das Photogramm dieses Parallelversuches ergab nun folgendes. Der weifse Bolus hatte viel chemische Strahlen hindurchgelassen und war völlig unbrauchbar; Curcuma und roter Bolus hatten anderseits alle violetten Strahlen zurückgehalten. Das Ichthyolsalz stand hinter beiden etwas zurück, erwies sich aber aus andern Rücksichten viel weniger brauchbar, da es in dieser Schicht bereits sehr dunkel aussah und so konzentriert als Deckmittel kaum zu verwerten gewesen wäre.

Versuch 6. Ich ging nun zur direkten Konstruktion hautähnlicher Pasten über, die Curcuma und roten Bolus, d. h. diejenigen Mittel enthielten, die sich bis dahin am meisten bewährt hatten. Um jedoch der Hautfarbe näher zu kommen, wurde der Mischung Weifs (weifser Bolus, Zinkoxyd), resp. Gelbbraun (Ichthyolsalz) zugesetzt und zwar in folgenden Kombinationen:

a. weifser Bolus, roter Bolus, Curcuma;
b. Ichthyolsalz, roter Bolus, Curcuma;
c. viel Zinkoxyd, roter Bolus, Curcuma;
d. wenig Zinkoxyd, roter Bolus, Curcuma.

Von diesen in gleichen, ziemlich dünn aufgetragenen und zugleich photographierten Pasten erwies sich b als die beste, insofern sie am meisten absorbierte und am hautähnlichsten aussah. Dann kam a, deren Farbe jedoch zu schreiend rot war. Sodann folgte c, welche ein erheblich dunkleres Photogramm lieferte und endlich d, welche noch schlechter ausfiel. Zinkoxyd als Pastenzusatz vermehrt also die Lichtdurchlässigkeit bedeutend.

Versuch 7. Ich prüfte noch zwei neue Mittel: Anilinorange und Drachenblut, allein und in Kompositionen:

a. Anilinorange;
b. Drachenblut;
c. Anilinorange, weifser Bolus, Curcuma;
d. Drachenblut, weifser Bolus, Curcuma.

Alle 4 Tafeln wurden demselben Licht exponiert. Am besten erwies sich c, dann folgten d, b, a. In bezug auf Hautähnlichkeit waren diese neuen Kompositionen besser gefärbt als die des Versuches 6.

Im allgemeinen ging aber für mich aus den Versuchen folgendes mit Sicherheit hervor. Es lassen sich in der That durch Mischung der mehrfach genannten Körper: Curcuma, roter und

weifser Bolus mit Hinzufügung kleiner Mengen von Ichthyolsalzen, Anilinorange und Drachenblut recht hautähnliche Pasten herstellen, welche fast ganz undurchgängig für chemische Strahlen sind. Aber alle diese Kombinationen erreichen nicht die absolute Undurchgängigkeit von einfachem, rotem Bolus und Curcuma, wenn diese in gleich dicken Schichten aufgetragen werden; dann sind diese freilich wieder viel weniger hautähnlich. Aus diesem Grunde erscheint es mir viel praktischer, von der Benutzung kombinierter Pasten ganz abzusehen und lieber die wirklich guten Mittel einzeln der Reihe nach auf die Haut aufzutragen und diese schliefslich mittels Einpuderung oder dergl. wieder hautähnlich zu machen. Also man bestreicht etwa die Haut mit Curcumatinktur, pudert sie mit rotem Bolus ein, den man gleichmäfsig verwischt und pudert dann noch einmal mit weifsem Bulus oder gewöhnlichem Puder nach. Oder man trägt zuerst eine Paste aus rotem Bulus und nach deren Eintrocknung eine Paste aus Curcuma auf und pudert zur Erzielung der Hautähnlichkeit. Die untere Paste kann dann zugleich das Medikament enhalten, welches man gegen das schon gebildete Pigment anwenden will; z. B. Pyrogallol, Ichthyolsalze, roten und weifsen Präcipitat, Sublimat, Wismutoxychlorat, Borax etc. oder sie kann auch entzündungswidrige Mittel beigemischt erhalten, wie Liq. alumin. acet. oder Liq. plumbi acet.[8] Ein solches Deckverfahren wirkt dann zugleich kurativ und prophylaktisch.

Versuch 8. Es galt nun durch eine kleine Versuchsreihe zu ermitteln, in welcher Weise die gewöhnlichen Arzneiformen (Tinkturen, Pasten, Leime etc.) modifizierend auf das beste Absorptionsmittel der chemischen Strahlen, auf Curcuma, einwirken. Ich exponierte daher auf einmal der Sonne folgende Kombinationen:

a. Curcuma 3, Bolusleim 7 (letzterer enthielt auf 11 Wasser je 3 Bolus, Glycerin und Gelatine);
b. Curcuma 3, Muc. gi arab. 3, Glycerin 2, Aqua 12;
c. Curcuma 3, Muc. gi. arab. 3, Glycerin 2, Aqua 2;
d. Curcuma 3, Amylum, Aqua, Glycerin āā 2,5;
e. Curcuma 3, Dextrin, Bolus alb., Glycerin, Aqua āā 1,75;
f. Curcuma 3, Spiritus 6, Mastix, Sandarak āā 0,5;
g. Curcuma 3, Spiritus 6, Sanguis draconis 1;
h. Curcuma 3, Spiritus 5, Sang. drac., Mastix, Sandarak āā 0,5;

und schliefslich noch eine neue Substanz:

i. Croci sol. ex 1, Spiritus 5, Glycerin 2, Muc. gi. arab. 3.

Am besten erwiesen sich von diesen Formen der Leim (a), die Mehl- (d) und die Dextrin- (e) Paste mit Curcuma.

---

[8] S. Die Pastenbehandlung der entzündlichen Hautkrankheiten. *Monatshefte f. Prakt. Dermatologie.* 1884. S. 38.

In zweiter Linie standen die beiden in der Konzentration verschiedenen, im Resultat ganz gleichen Gummipasten (b und c) und die kombinierte Curcuma-Drachenbluttinktur (h). Hier ergaben nur dickere Stellen auf dem Photogramm weifse Flecke. Weit schlechter erwiesen sich die Tinkturen (f, g und i). Die Crocustinktur (i) war absolut unbrauchbar; trotz dickerer Schicht stand sie den Curcumatinkturen weit nach.

Hiernach wären die beiden Formen des Leims und der Dextrinpaste als Vehikel für Curcuma zu bevorzugen. Zum alleinigen Gebrauche würde ich eine Dextrinpaste als die hautähnlichste allen andern vorziehen. Ein Leim eignet sich wegen seiner Glätte und seines Glanzes im Gesichte zu einer unauffälligen Behandlung nicht. Man könnte dann ebensogut eine schwarze Maske tragen lassen. Dergleichen Behandlungen kann man eben nicht Jahre lang durchführen, wie es bei unsrer in Rede stehenden Krankheit notwendig ist. Dagegen ist der Leim wieder sehr brauchbar als Unterlage, wenn man zwei lichtsaugende Schichten übereinander anwenden will (etwa Curcumaleim als Grundlage und rote Boluspaste darüber).

Versuch 9. In einem letzten Versuch verglich ich mittels Photogrammen noch einmal folgende Kompositionen:

a. Curcuma 3, Kollodium 7;
b. Curcuma 3, Mastix und Sandarak in Spiritus 7;
c. Curcuma 3, Sang. drac. 1, Spiritus 6;
d. Curcumaleim;
e. Curcumadextrinpaste;
f. Curcumamehlpaste.

Wiederum gab der Curcumaleim (d), den hellsten Fleck dann folgten ziemlich gleich die Dextrin-, die Mehlpaste und die Curcuma-Drachenbluttinktur und endlich als weniger gut die einfache Curcumatinktur und das Curcumakollodium.

Bei allen angeführten Versuchen hatte sich Curcuma mir als diejenige Farbe ergeben, welche die chemischen Strahlen am gründlichsten absorbiert. Erst nach Abschlufs der ganzen Versuchsreihe erfuhr ich, dafs diese Thatsache bei den Photographen längst bekannt ist, indem dieselben zu helle Partien der Negative durch Auftragen von Curcumatinktur auf die Rückseite der Platte bei der Umwandlung in Positive zu verdunkeln pflegen. Betupft man eine Hautstelle mit Curcumatinktur und photographiert dieselbe, so entsteht an der Stelle des gelben Fleckes in der Photographie ein tiefschwarzer, wie ich mich selbst zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Ich denke in den mitgeteilten Versuchen Material genug gegeben zu haben, aus welchem jeder, welcher eine einschlägige, antisolare Behandlung unternehmen will, sich selbst entsprechende Vor-

schriften ableiten kann. Allen Ernstes wird man eine solche ja gewifs bei allen jenen Unglücklichen versuchen müssen, welche an der unheilvollen Melanosis lenticularis progressiva leiden. Ich brauche auch nur darauf hinzuweisen, was ja selbstverständlich ist, dafs schon sehr vieles bei diesen Patienten dadurch zu erreichen sein wird, dafs sie sich während des gröfsten Teiles der sonnigen Zeit in Zimmern aufhalten, deren Fenster aus dem gelben Glase der Dunkelkammern der Photographen bestehen.

Aber bei allen diesen praktischen Versuchen dürfen wir nicht vergessen, dafs ihre Wirksamkeit ganz allein von der allerdings sehr wahrscheinlich richtigen Hypothese abhängt, dafs die Pigmentierung speziell unter dem Einflusse des violetten Spektrumendes steht.

Auf die experimentelle Prüfung dieser Hypothese spitzt sich also jetzt die ganze Pigmentfrage theoretisch wie praktisch zu. Verschiedene Prüfungswege stehen uns hier zu Gebote. Zunächst ein indirekter, indem die bei sämtlichen Tierklassen vorkommenden und zum grofsen Teil auch unter dem Einflusse des Lichtes stehenden Pigmentierungen daraufhin untersucht werden, welcher Spektralabschnitt ihnen am meisten förderliches Licht zusendet. Auf diesem Wege werden wir aber nur mehr oder weniger wertvolle Analogien kennen lernen und Analogieschlüsse für unsre Frage erhalten. Denn jeder chemische Prozefs, der zu seinem Eintritt des direkten Sonnenlichtes bedarf, reagiert hauptsächlich auf das Licht eines umschriebenen Spektralabschnittes, und diese genauere Auswahl ist bei den verschiedenen, bekannten chemischen Prozessen gröfseren Schwankungen unterworfen.

Viel aussichtsvoller erscheint mir daher der direkte Weg, das Experiment am lebenden Menschen, zu welchem uns die mitgeteilten Versuche bereits ein sehr brauchbares Mittel an die Hand geben. Der Beobachter hat nur nötig, bestimmte Hautstrecken, selbst nur kleine, punkt- oder strichförmige, durch Bedeckung mit Curcumatinktur (-kollodium, -leim, oder -dextrin) vor den blauen und violetten Strahlen zu schützen und dann die betreffenden Hautpartien dem Sonnenlichte zu exponieren.

Es kann dann sein, dafs seine exponierte Haut überall „einbrennt", d. h. Pigment in der Stachelschicht ablagert und nur die mit Curcuma bedeckten Stellen blafs bleiben. Dieses würde beweisen, dafs nur die blauen und violetten Strahlen an der Pigmentierung beteiligt sind. Oder es würden auch die von Curcuma bedeckten Partien etwas oder sogar stark einbrennen; ein solches Resultat würde den Beweis liefern, dafs auch oder sogar hauptsächlich rote und gelbe Strahlen für die Pigmentablagerung wichtig sind. Es müfste in letzterem Falle sofort der Gegenversuch gemacht werden, kleine Hautstellen mit einem ammoniakalische Kupfervitriollösung enthaltenden Dextrin oder Leim zu bedecken und zu

untersuchen, ob diese im Gegensatz zu ihrer besonnten Umgebung kein Pigment ansetzen, da obige Farbe, wie ich mich überzeugt habe, alle Strahlen des violetten Spektrumendes durchläfst, die roten und gelben aber absorbiert.

Nachdem ich an der Hand meiner Hypothese die obigen photographischen Versuche im Frühling vorigen Jahres abgeschlossen, beabsichtigte ich, die Ferienzeit der Leprareise nach Norwegen im vorigen Herbste zu dem soeben geschilderten Experiment zu benutzen. Ich überzog einzelne Finger mit Ringen einer Curcumatinktur und exponierte die Hände fleifsig der Sonne. Aber leider mufste ich den Versuch aufgeben, da trotz des sonnigen Wetters meine Haut nicht „einbrennen" wollte. Dieses ist der Grund, weshalb ich meine Ideen und Versuche bereits unabgeschlossen, wie sie sind, den Fachgenossen vorlege. Ich hoffe, dafs einer oder der andre, welcher Gelegenheit hat, seine Haut auf Bergtouren oder Seereisen dem Sonnenbrande auszusetzen, diese nicht vorübergehen läfst, ohne mittels eines so einfachen, en passant durchzuführenden Experimentes unsre Wissenschaft mit einer Fundamentalwahrheit zu bereichern, welche ebenso sichere theoretische wie praktische Konsequenzen zu ziehen erlaubt.

Ein Beitrag zur Anwendung von Chininpräparaten bei Hautaffektionen.[1]

Von

Dr. H. Hager.

Als ich auf Pulvermühle wohnte und vielmals Gelegenheit fand, mich mit meinem Freunde Dr. Weiler (aus Fürstenberg an der Oder) über die Wirkung des Chinins auszusprechen, und er, meinem Rate folgend, auch auffallende Heilresultate erzielte, kam

---

[1] Den nachfolgenden kleinen Aufsatz schickte uns der Altmeister deutscher Pharmazie mit der allzu bescheidenen Vermutung ein, dafs wir — wie manche Kollegen vor uns — von diesen Reminiszenzen eines Pharmazeuten keinen Gebrauch machen könnten. Wir veröffentlichen ihn deshalb mit der ausdrücklichen Bemerkung, dafs wir in einer so jungen Spezialwissenschaft, welche erst jetzt ringt, aus der blofsen Empirie heraus zu einer theoretischen Erkenntnis ihres Heilapparates zu gelangen, jedes Körnchen praktischer therapeutischer Erfahrung mit Dank annehmen. Wir bekennen ungescheut, dafs wir aus der Praxis mancher Heilgehülfen, Hebammen, ja sogar einer „weisen Frau" mehr gelernt haben, als aus manchem Handbuch der Dermatotherapie. Wir sind unserm Freund HAGER dankbar für den kleinen Beitrag, der manchen nützlichen Wink enthält, und bemerken ihm nur, dafs er sich irrt, wenn er glaubt, dafs seine günstigen Erfahrungen mit der Chinin-Eisentherapie bei Hautentzündungen nicht auch von manchen Ärzten bereits gemacht worden seien, weil in den Lehrbüchern wenig davon zu finden ist. Im Gegenteil werden dieselben bei vielen Kollegen, besonders aufserhalb Deutschlands, Altbekanntes in erfreulicher Weise bestätigen helfen. (Anmerk. der Redaktion.)

ich zu der Überzeugung, dafs meine auf einer durch mehrere Dezennien hindurch reichenden Erfahrung beruhende Ansicht über die entzündungswidrige Wirkung des Chinins keine unrichtige war.

Bei fieberhaften Krankheiten und auch bei innerlichen entzündlichen Zuständen hat man Chinin ja schon seit einigen Dezennien als Antipyretikum und Antyphlogistikum angewendet, aber nie, soweit ich mich erinnere, bei Entzündungen der Haut.[2] Diese letztere Anwendung übte ich bereits vor 45 Jahren, zu welcher Zeit ich dem Chinin eben nur die Kraft zuschrieb, den Blut- und Säfteumlauf in den normalen Zustand zurückführen zu können. Erst vor etwa 5 Jahren erkannte ich die antiphlogistische Wirkung des Chinins und Chinidins auf die Haut, und zwar als ich selbst zweimal durch ein Panaritium sub ungue geplagt wurde, wahrscheinlich infolge starker Arbeit im Garten.

Das erste Panaritium veranlafste mich, einen Arzt (in Fürstenberg a. d. O.) um Rat zu fragen. Derselbe, noch ein junger Mann, wollte sofort eine Incision vornehmen, welcher ich mich widersetzte, indem ich erklärte, meine eigne Heilmethode in Anwendung bringen und neben Kaltwasserbad Chinidin (Conchinin) gebrauchen zu wollen. Natürlich lächelte der junge Arzt.

Zu hause angekommen, nahm ich den ersten Tag stündlich 0,15 g Cinchonidinsulfat (mit wenig Salzsäure in Pillenform), den folgenden Tag, an welchem der Schmerz schon ein sehr geringer war, zweistündlich dieselbe Dosis, und auch am dritten Tage, an welchem ich keine Schmerzen mehr empfand, gebrauchte ich in gleicher Zeit die erwähnte Dosis. Da ich schriftliche, drängende Arbeit hatte, so wurden die kalten Wasserbäder des Fingers einige Male am Tage und jedesmal etwa 1 Stunde hindurch ausgeführt. Genug, mit dem Nehmen des Chinidins, welches der Magen leichter erträgt als das Chinin, ging die Temperatur des Fingers abwärts und die Schmerzen schwanden auffallend.

Als vier Wochen später der Nebenfinger eines Morgens eine starke Entzündung zeigte, gebrauchte ich sofort wieder Chinidin und Kaltwasserbäder, und in 2—3 Tagen war jede Entzündung geschwunden. Nun gebrauchte ich aber noch weitere 8 Tage hindurch (täglich 4 mal je 0,2 g) Chinidin, und seitdem ist mir an den Händen nichts vorgekommen, was auf Panaritium gedeutet hätte.

Dieses Heilungsverfahren habe ich auch bei Personen der Nachbarschaft, die an Panaritium erkrankten, versucht und stets mit gleichem Erfolg.

Aber auch bei schweren Entzündungen äufserer Teile habe ich dieselbe Methode mit Vorteil angewandt.

---

[2] Dies ist nicht ganz richtig. Siehe die von uns mit Nachdruck hervorgehobene Koupierung des Erysipelas mittels Chinin nach SATHERLEE *Mon. f. pr. Derm.* 1882. S. 256. (Anm. d. Red.)

Der bedeutendste Fall verlief 1841 in Mittenwalde bei Berlin. Ein Knecht hatte sich einen Bruch des Armes über dem Handgelenk zugezogen. Die Knochen waren zersplittert und die anliegenden Muskeln zum Teil zerrissen. Dr. Fröhlig erzählte mir davon und erkannte die Notwendigkeit einer Amputation, da eine Nekrose in Aussicht stehe und bei Unterlassung der Amputation der arme Mensch sterben müsse. Der Kranke verweigere die Amputation und wolle lieber sterben. Die Wunde sei hochgradig inflammiert. „Nun", erwiderte ich, „wenn der Mensch sterben will, so versuchen Sie doch noch Mittel, die möglicherweise die Nekrose verhindern können." Natürlich lachte mein liebenswürdiger Freund mit den Worten: „Die Mittel möchte ich kennen lernen." „Meine Ansicht", erwiderte ich, „ist, den Blut- und Säfteverlauf möglichst im normalen Zustand zu erhalten, oder, wenn dieser Zustand Seitenwege eingeschlagen hat, ihn in den normalen Gang zurückzuleiten zu suchen. Dies zu erreichen, genügen Umschläge mit Chinadekokt und Chinin." Freund Fröhlig ging darauf ein, und es wurden Dekokte aus China regia mit etwas Salzsäure äufserlich und innerlich angewendet, einige Chinindosen gegeben, und es trat keine Nekrose ein, der Knecht behielt seinen Arm und blieb am Leben.

Dafs über diesen Fall in irgend einem Blatte berichtet worden ist, glaube ich kaum, vielleicht hat Freund Fröhlig selbst nicht einmal seinem Schwiegervater (einer hochstehenden ärztlichen Persönlichkeit in Berlin) davon erzählt; es lag eben nicht in dem Charakter des Dr. Fröhlig, auffallende Ereignisse zu besprechen und hervorzuheben. —

Ein zweiter Fall kam in den 50er Jahren in oder bei Guhrau vor. Als Besitzer der Stadtapotheke zu Fraustadt hatte ich den Ruf eines klugen Mannes beim gewöhnlichen Publikum erlangt, weil ich gern Bittenden Rat erteilte und besonders denen gern helfend beisprang, welche von den Ärzten aufgegeben waren. Eines Sonntags morgens fuhr ein Wagen vor die Apotheke, in welchem sich ein augenkranker Knabe im Alter von etwa 9 Jahren mit seinen Eltern befand. Die Leute waren in oder bei Guhrau zu hause und hatten den Knaben seit 3 Jahren jährlich einmal auf 6—8 Wochen in Breslau der Kur eines berühmten Arztes übergeben. Der Knabe kam jedesmal so ziemlich geheilt zu seinen Eltern zurück, aber 2—3 Wochen genügten, um das alte Übel, nach meinem Dafürhalten eine Ophthalmia impetiginosa mit skrofulösem Hintergrunde, wieder lebendig zu machen. Nach den mir vorgelegten Rezepten zu urteilen, hatte der Arzt eine Ophth. scrofulosa erkannt und hatte Hydrargyrum sulfuratum, Conchae etc. innerlich gebrauchen lassen. Mit einer mit Salzsäure schwach angesäuerten Chinaabkochung, mit vielen warmem Wasser verdünnt, liefs ich mittels Leinwand zeitweise Überschläge auf die Augen

machen, und da der Knabe Pillen zu schlucken verstand, so erhielt er Chininpillen mit sehr kleinen Dosen Ferrum sesquichloratum. Die Leute fuhren weg, und nach Verlauf von etwa 1½ Jahren kam der Mann zu mir, mir als Geschenk eine fette Gans darbietend und seinen Dank aussprechend, denn sein Sohn sei in 3 Wochen gesund geworden und bisher geblieben, so dafs ihm die teure Kur in Breslau erspart sei. —

Eine alte Dame in Breslau litt nach ihrer Aussage am Salzfluſs (Ekzema) und Aderanschwellungen in den Beinen mit oft recidivierenden starken Entzündungserscheinungen, so dafs die Kranke nicht spazieren gehen konnte. Die Ärzte hatten kalte Umschläge angeordnet und Abführmittel gegeben. Zufällig kam ich mit der Dame zusammen, und sie erzählte mir ihr Unglück. Natürlich versprach ich ihr keine Aussicht auf völlige Heilung, doch wäre die Entzündung zu beseitigen und zwar durch innerliche Mittel. Der Dame gab ich Chininpillen mit Spuren Eisensesquichlorid, und nach 8 Tagen machte die alte Frau täglich ihren Spaziergang bis fast zu ihrem Tode, welcher etwa 8 Jahre später eintrat. Sie mufste von den Pillen nur dann nehmen, wenn sich schmerzliche Entzündung einstellte, und nach der Entzündungsbeseitigung noch eine Woche von den Chininpillen Gebrauch machen. Äufserlich hatte ich eine Salbe mit Perubalsam anzuwenden verordnet. Die Ärzte hatten der alten Dame nur äufserliche Mittel verschrieben, an innerliche Mittel nicht gedacht, hatte doch die Kranke nur über das Übel an dem Beine geklagt. Mir fiel dagegen das schlaffe Gesicht der kranken Frau auf. —

Vor einem Vierteljahrhundert überfiel mich am Tage vor einer Hochzeit einer Anverwandten ein Fieber, und eine Gesichtsrose war im Anzug. Mein Freund, Dr. Eisner zu Fraustadt, befahl, mich sofort in das Bett zu legen, doch ich nahm halbstündlich 0,13 g Chinin und am andren Tage ging ich zur Hochzeit ohne mich krank zu fühlen noch in der Gesichtsfarbe Auffallendes zu zeigen. Dr. Eisner war erstaunt, dafs die Rose nicht zum gehörigen Ausbruch gekommen sei. Trotzdem ich ihm den Grund der Heilung erklärt hatte, machte er in ähnlichen Fällen keinen Gebrauch davon. Dieser Fall belehrte mich erst nach zwei Dezennien, dafs Chinin, besonders Chinidin, Entzündungen an äufseren Körperteilen zu beseitigen vermag. —

Einen bemerkenswerten Effekt erreichte ich mit dem Chiningebrauch bei Varicellen. Diese Krankheit war in meine Familie eingekehrt. Meine Frau und meine halberwachsenen Kinder machten dieses Leiden durch, indem sie 2—3 Tage das Bett hüteten und im Verlaufe von 5 Tagen gesundeten. Als sich bei mir Fiebersymptome einstellten, nahm ich, wie immer in ähnlichen Fällen, von meinen Chininpillen. Das Fieber verlief erträglich, ohne dafs ich in der

Arbeit gestört wurde, und die Varicellen traten sporadisch zu 1 bis 3 Stück täglich auf. Während meine Angehörigen in 4—5 Tagen das Leiden überstanden hatten, dauerte es an meinem Körper 13—15 Tage, jedoch so, dafs ich keine Stunde in meiner Arbeit und Thätigkeit gestört wurde. Ich fühlte mich nicht krank oder doch nur soweit leidend, dafs ich nicht spazieren gehen konnte oder vielmehr keine Lust dazu hatte. Täglich verbrauchte ich in geteilten Gaben etwa 0,6 g Chininsulfat in Pillen mit geringem Salzsäurezusatz.

Das Auffallende war, dafs das Leiden, obgleich in keiner Weise koupiert, doch sichtlich abgeschwächt wurde, und dafs die weit spärlicher und langsamer aufschiefsenden Varicellen mich in keiner Weise genierten. —

Ein Knecht hatte infolge eines Stofses oder Druckes sich eine Ellenbogengelenkentzündung zugezogen, und zwei Ärzte hatten schon 14 Tage Umschläge und Einreibungen angewendet, ohne dafs der geringste Erfolg eintrat, vielmehr schwoll das Ellenbogengelenk an und wurde immer schmerzhafter. Der Herr des Knechtes, ein Rittergutsbesitzer und zugleich mein intimer Freund, klagte mir seine Not, denn die Ärzte hatten schon von einer Amputation des Armes gesprochen. Der Knecht hatte nie etwas innerlich verordnet erhalten, und war mein Freund nicht wenig erstaunt, als ich den innerlichen Gebrauch von Mixturen anriet. Da mein Freund mir viel Vertrauen schenkte, so gab ich eine Chininmixtur mit wenig Salzsäure und empfahl die von den Ärzten angeordneten äufserlichen Mittel nach deren Verordnung weiter anzuwenden. Schon am zweiten Tage schwanden die Schmerzen, am dritten Tage ging die Anschwellung sichtlich zurück, und nach acht Tagen konnte der Knecht schon wieder an leichte Arbeit gehen. Die Ärzte schrieben natürlich ihrer Kur den Erfolg zu, denn von dem gleichzeitigen Chiningebrauch erfuhren sie nichts. —

Was die Form der Darreichung betrifft, so empfehle ich für die Kinderpraxis der Geschmacklosigkeit halber die Rozsnyayschen Chininzuckerle (Chinintannat) mit und ohne Eisensaccharat. Von J. D. Riedel, Droguerie, Berlin, N. Gerichtsstrafse 12, sind dieselben zu erlangen.

Für Erwachsene bin ich für den Gebrauch des Chinidinum sulfuricum, welches stets leichter und besser vertragen wird, als das Chinin. Bei Verordnung ist neben Chinidinum (Conchinin) einzuklammern, sonst erhält man Cinchonidin, welches billiger ist, aber einen trockenen Schlund erzeugt. Grofse Dosen haben mir nie den Effekt gezeigt, wie öftere kleinere Dosen. Anfänglich lasse ich halbstündlich, dann stündlich, und den zweiten und dritten Tag 2—3 stündlich je 0,1 g nehmen.

Schliefslich gebe ich die genaue Zusammensetzung zweier Sorten von Chininpillen, die sich nicht nur in meiner Praxis, sondern seit Dezennien auch in der mir befreundeter Ärzte bewährt haben. Die einfachen Chininpillen haben den populären Namen: Katarrhpillen[3], die Chinineisenpillen den der Kraftpillen mit der Zeit erhalten.

℞	*Chinidini (Conchinini) sulf.*	10,0	
	Tragacanth.	2,5	
	Rad. Althaeae	1,0	
	Rad. Gentianae	8,0	
	Ligni Santali rubri	1,0	
	Glycerinae	8,0	
	Acidi hydrochlorici	4,0	
M. f. pil. 200. Sing. pil. cont.		0,05	Alkaloid.

℞	*Chinidini (Conchin.) sulf.*	10,0	
	Ferri sesquichlorati (10,0—)	20,0	
	Extr. Gentian.	30,0	
	Rad. Alth.	7,0	
	Rad. Gentian.	40,0	
	Pepsini opt.	20,0	
	Acid. hydrochlorici	10,0	
	Glycerinae	15,0	
	Aquae	10,0	
M. f. pil. 1200. Singul. pil. cont.		0,016	Ferr. sesquichlorat.

Die Pillen werden an der Luft nicht feucht.

Die Katarrh- und auch die Kraftpillen sind gemischt eine schmierige Masse, welche aber im Verlaufe einer Viertelstunde Pillenmassenkonsistenz annimmt. Dies mufs dem Apotheker gesagt werden, damit er nicht unnötige Zumischungen macht, wie ich dies wiederholt erfahren habe.

Referate.

Dr. Joseph, Aus Prof. Köbners Poliklinik für Hautkrankheiten. (*Berl. Klin. Wochenschrift.* 1885. Nr. 30.) Der Verfasser berichtet über drei von Köbner im Ärzte-Kursus vorgestellte Krankheitsfälle und zwar:

1. **Über Pruritus cutaneus unlateralis nach Gehirnembolie.** Eine 36jährige Patientin, welche im 9. Lebensjahre an einem akuten Gelenkrheumatismus mit Endocarditis erkrankte und in ihrem 20. Lebensjahre von einer neuen Attacke befallen wurde, erlitt am 3. Juni 1882 und am 5. März 1883 infolge von Gehirnembolie eine Paralyse der linken Seite, an welcher sich anfangs März d. J. ein bei Tag und Nacht gleich heftiges Jucken einstellte; rechterseits trat dieses Jucken nur an einer kleinen zirkumskripten Stelle an der rechten Hälfte auf. Eine materielle Veränderung an der Haut der gelähmten Seite liefs

[3] Die „Katarrhpillen" haben sich uns u. a. bei dem gewisse chronische Ekzeme der Oberlippe veranlassenden Formen von Coryza bewährt. Anm. d. Red.

sich nicht nachweisen. Die Hauttemperatur der gelähmten Seite ist herabgesetzt, es fehlt jede Transspiration und die bei Patientin bestehende Urticaria factitia ist linkerseits schwächer. KÖBNER will einen ähnlichen Fall in der Litteratur nicht verzeichnet gefunden haben und ist auch nicht imstande, eine Erklärung darüber abzugeben. Bewährt hat sich in diesem Falle eine 2 mal täglich fortgesetzte Einreibungskur mit Chloral, Camph. trit. aa 5,0, Vaselin 50,0.

2. **Hemiparesis dextr. Annuläres papulöses Hautsyphilid.** Ein 29jähriger Patient acquirierte im Alter von 17 Jahren ein Ulcus durum, und als sich sekundäre Erscheinungen einstellten, erhielt er im ganzen 87 Sublimatinjektionen und nebenbei Inunktionen mit grauer Salbe. Danach war er ganz gesund, bis er am 5. April 1885 beim Erwachen von einer Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte befallen war. Etwa 4 Wochen vor Eintritt dieser Lähmung bemerkte er einen Ausschlag, der sich als annuläres papulöses Syphilid dokumentierte, und aufserdem fanden sich die Inguinal-, Axillar-, Cervical- und Kubitaldrüsen vergröfsert und hart. Es wurden wieder Sublimatinjektionen gemacht, nach welchen sich der Zustand wesentlich besserte. KÖBNER macht hierbei nochmals auf die Wichtigkeit der lokalen Behandlung der Lymphdrüsen aufmerksam, indem er glaubt, dafs gerade in den indurierten Drüsen der spezifische Syphilisbacillus sich ablagere und dort durch Vermehrung und spätere Weiterverschleppung Recidive auftreten können.

3. **Ein Fall von intrakranieller Syphilis nebst Bemerkungen über das gerbsaure Quecksilberoxydul.**

Ein 42jähriger Patient hat gegen ein Ulcus durum und eine Polyadenitis inguinalis sinistr. vom 8. Januar 1884 bis zum 9. April 15,0 Sapo mercur. moll. und 18,0 Ung. Hydr. cin. verbraucht. Als sich nun heftige Dolores osteocopi frontis einstellten, wurde das Hydr. tannic. LUSTGARTEN (Hydr. tann. oxyd. 1,0, Bol. alb. 3,0, Glyc. q. s. ut. f. pil. Nr. 30. gl. 6—9 Pillen) angewandt, und nach Verbrauch des ersten Gramms trat bereits ein bedeutender Nachlafs der Schmerzen ein. Von 5 Gramm ab bekam der Patient kolikartige Schmerzen und wässerigen Durchfall, wogegen ein Zusatz einer gleichen Dosis Tannin genügte, um diese letztere Erscheinungen hintenanzuhalten. Nach Verbrauch von 10 Gramm Hydr. tann. oxyd. war noch ein Syphilid auf der Rachenschleimhaut und eine indurierte Submaxillardrüse und eine ähnliche in der linken Leistenbeuge übrig. Darauf erhielt der Patient bis zum 9. September 8 mal 10,0 Kali jod. und vom 9. bis 16 September wiederum Hydr. tann. wegen Plaques an den Tonsillen. Vom 8. Dezember traten allmählich an Intensität zunehmend Cerebralerscheinungen, wie Ohrensausen, Schwindel, Kopfreifsen, Sprachstörungen etc. auf, die nach 20 Inunktionen mit Ung. Hydr. cin. à 4,0 und dem Gebrauche von 4,0 Jodkali täglich fast gänzlich schwanden. KÖBNER macht hierbei auf das frühzeitige Auftreten der intrakraniellen Syphilis aufmerksam, nämlich nach einjährigem Bestehen der Infektion, und erwähnt aufserdem, dafs er die Wiener Beobachtung, wonach nach dem Gebrauche von Hydr. tann. oxyd. weniger Recidive vorkommen sollen, nicht bestätigen könne.

Berlin. HOFFMANN.

Dr. MAX BOCKHARDT (Wiesbaden): **Die chirurgische Behandlung des chronischen Ekzems.** (*Deutsche Med. Wochenschrift.* 1885. Nr. 30.) Verfasser will bei möglichster Erhaltung der Haut auf blutigem Wege die Ursache der chronischen Entzündung und deren Produkte beseitigen und verfährt dabei folgendermafsen: Nachdem die Krusten beseitigt sind, wird die ganze erkrankte Partie mit einem sehr scharfen zweischneidigen Lanzenmesserchen durch rechtwinkelig sich kreuzende Einschnitte skarifiziert. Nachdem die Blutung, die nicht bedeutend sein soll, durch Aufdrücken von Kompressen gestillt ist, wird die operierte Fläche mit offizineller Kalilauge mit einem Watte- oder Scharpiepinsel solange eingerieben, bis die obere verdickte Epidermisschicht sich abzulösen

beginnt. Alsdann wird die Kalilauge abgewaschen und die operierte Fläche mit Hebrasalbe oder Olivenöl verbunden. Nach 24 Stunden wird der Verband abgenommen und für weitere 24 Stunden durch einen Wasserverband ersetzt. Das ganze Bild der operierten Stelle macht nun den Eindruck einer Geschwürsfläche, die nun mit einer Höllensteinlösung oder Pyrogallussalbe alle 3 Tage verbunden wird, so dafs dann die Heilung in circa 14 Tagen bis 4 Wochen erfolgt ist. Recidive sollen nicht eintreten; die Elastizität und Dehnbarkeit der Haut soll durchaus nicht gelitten haben.

Berlin. HOFFMANN.

ESMARCH und KULENKAMPFF. *Die elephantiastischen Formen. Eine umfassende Darstellung der angeborenen und erworbenen Elephantiasis sowie aller verwandten Leiden.* 289 S. 28 zum Teil chromolithographierte Tafeln. 4. Hamburg, J. F. RICHTER. 1885.

Endlich ist dieses grofse Werk erschienen, welches der medizinischen Welt schon vor fast einem Dezennium angekündigt wurde. Ein Wechsel in der Persönlichkeit des Mitarbeiters (es wurde die Ausarbeitung von dem leider so früh verstorbenen LEISRINK begonnen) und des Verlegers verzögerten das Erscheinen des Prachtwerks so sehr, dafs wohl mancher es überhaupt nicht mehr erwartete. Nun es endlich erschienen, rechtfertigt es aber auch das Sprichwort: „was lange währt, wird gut", in vollstem Mafse. Wir besitzen an ihm eine kritisch vortrefflich durchgearbeitete Monographie aller jener in zahllosen kasuistischen Mitteilungen ältester und neuerer Litteratur vergrabenen, dagegen bisher nur in wenigen umfangreicheren Arbeiten zusammengefafsten Fälle elephantiastischer Hauthypertrophien. Die deutsche Litteratur kann auf dieses Werk, dessen Ausstattung auch dem Verleger zur Ehre gereicht, stolz sein; es ist das vollständigste und bestbearbeitete, das wir auf diesem Gebiete besitzen.

Übrigens halten wir das späte Erscheinen desselben in einer Beziehung für einen grofsen Vorteil. Es konnten so die ungemein interessanten ätiologischen Studien der Engländer über die endemische Elephantiasis, speziell das erst kürzlich erschienene Werk von MANSON, eingehend benutzt werden. Dadurch steht der erste Hauptteil, welcher sich mit der erworbenen Elephantiasis beschäftigt, unstreitig auf einem weit gereifteren Standpunkt, als die späteren Kapitel, in welchen die Ätiologie noch ganz im Dunkeln liegt und die pathologische Auffassung sich demzufolge ganz allein auf klinische und anatomische Thatsachen stützen mufs. Aber dort wie hier müssen wir doch als einen grofsen Vorzug des Buches die sorgsame kritische Behandlung des erdrückend vielgestaltigen Stoffes und der an demselben bereits grofsgezogenen Theorien rühmend hervorheben.

So ist z. B. die schon von WERNHER und KLEBS bekämpfte, aber von den meisten Autoren mehr oder minder angenommene Theorie von dem Zusammenhange der Elephantiasis mit einer Obstruktion der Lympdrüsen in ausgezeichneter Weise kritisch beleuchtet und für die meisten Fälle zurückgewiesen. Wir lernen die entzündlichen Attacken, welche in einem Teil der Fälle der Elephantiasis vorausgehen, streng vom eigentlichen Erysipel trennen, wie denn auch die indischen Autoren das Erysipel als Vorläufer der Elephantiasis nicht kennen. Die ebenfalls weit verbreitete Ansicht, dafs das Freibleiben der Füfse auf das komprimierende Schuhwerk zurückzuführen sei, wird unter andern Gründen mit einem Hinweis auf die Abbildungen des alten LINDSCHOTTEN (1596), welche im Anfang des Textes wiedergegeben sind, als unhaltbar bezeichnet, nach dem die ganz nackt gehenden Malabaren dieselbe auffallende Differenz zwischen dem monströs geschwollenen Unterschenkel und dem schlank gebliebenen Fufse zeigen. Für vorzüglich und ganz dem heutigen Stande der

Frage entsprechend halten wir ferner die Diskusion des Lymphscrotums und der Chylurie. Der Leser findet die ganze neuere, ziemlich grofse Litteratur über den Gegenstand eingehend erörtert, und wenn die Autoren auch auf die vielen hier aufzuwerfenden Fragen keine positive Antwort haben, so trägt dieser Abschnitt durch seine vorurteilslose Abwägung aller Momente doch wesentlich zur Klärung dieses dunkeln Gebietes bei.

Für weniger gelungen halten wir eine Art von Rechtfertigung, welche (S. 186) die alte Lehre vom „Versehen" der Schwangeren erfährt. Wenn wir auch gerne zugestehen, dafs „psychische Erregungen einen grofsen Einfluſs auf das vasomotorische und trophische (?) Nervensystem auszuüben vermögen", glauben wir doch nicht, dafs diese Eindrücke auf die Hirnrinde der Mutter dort organische Veränderungen von solcher Beständigkeit hinterlassen, dafs diese sich als solche auf das Kind vererben und bei diesem wiederum zu ähnlichen Wachstumsstörungen Anlafs geben können. Der als besonders frappant erzählte Fall, in welchem die Mutter vor der Konzeption einen Spiritusfötus betrachtet hatte, dessen Kieferbildung an ihrem frühgeborenen Kinde ein Echo fand, würde in unsern Augen beweisender erscheinen, wenn die Mutter diese Korrelation schon vor und gleich nach der Geburt gefürchtet, resp. bestätigt gefunden hätte und nicht erst „lange nachher." Es würde in der That für eine geringe Kombinationsgabe der Betreffenden zeugen, wenn nicht an jeden Fall von Deformität sich irgend ein „Versehen" knüpfen liefse; sehr bemerkenswert erscheint es uns aber, dafs bei besonders schöner Bildung des Kindes die Eltern niemals an ein „Versehen" glauben und sich die ganze Schuld an dem Aussehen des Kindes durchaus nicht rauben lassen wollen. Durchaus schlagend sagt Hyde in einem soeben erschienenen Aufsatz über: a case of congenital naevus lipomatodes (*Journal of cut. and ven. dis.* Juli 1885), indem er einen andern Fall abbildet, der in bezug auf den anatomischen Befund den genauen Abklatsch seines eignen Falles darstellt, dafs die Lehre vom „Versehen" dadurch einen argen Stofs erhält, dafs eine Italienerin und eine Deutsche in Amerika in weit auseinanderliegenden Zeiträumen und Gegenden Kinder gebären, welche in erstaunlicher Genauigkeit in topographischer Beziehung denselben Naevus aufweisen, Fälle in denen wahrscheinlich dieselben zentral bedingten Hautstörungen sich abgespielt haben, aber wohl kaum dieselben Affen, Hunde oder Katzen verantwortlich zu machen sind.

Bei der angeborenen Elephantiasis werden zunächst gröfsere Gruppen als E. lymphangiectodes und teleangiectodes unterschieden und die der erstern verwandten Formen der Makroglossie und Makrochilie ausführlich diskutiert. Hieran reihen sich die fibromatösen Formen, die als Lappenelephantiasis zusammengefafst werden, und als deren Typus das bekannte Titelkupfer zu Virchows Geschwülsten dienen kann. Sodann werden die neuromatösen Formen der Elephantiasis besprochen, die so häufig mit andern, speziell plexiformen Neuromen und sonstigen Nervenveränderungen in buntester Weise kompliziert sind. In diesem Kapitel bildet, wie zu erwarten, die grundlegende Arbeit von Recklinghausen über die Fibrome der Haut den Hauptwegweiser. Eine sich an dasselbe anschliefsende, ausführliche Besprechung des Nervennaevus und neuropatischen Hautpapilloms ist besonders für Dermatologen von Interesse. Der Gründlichkeit der Verfasser, welche bestrebt waren, alle irgendwie zur Elephantiasis in Beziehung stehenden Veränderungen in den Kreis ihrer Betrachtung zu ziehen, verdanken wir aufser diesem Kapitel noch eins über den Riesenwuchs und ein andres über die Elephantiasis der Tiere.

Alle diese weitschichtigen Themata sind mit anerkennenswerter Belesenheit, grofsem Fleifs und mit vielem Geschicke bearbeitet, so dafs der Leser einen recht vollständigen Überblick über das ganze Material erhält. Schade, dafs dem ernstlichen und erfolgreichen Bestreben, diese Fülle von nackten Thatsachen systematisch zu gruppieren und dadurch erst recht genieſsbar zu machen, ein äufserer Mangel anklebt, dem leicht abzuhelfen gewesen wäre und

hoffentlich bei einer eventuellen spätern Auflage Rechnung getragen wird, wir meinen die mangelhaften Überschriften und Auszeichnungen der Kapitel. So soll die „angeborene Elephantiasis“ (S. 150) ein Begriff höherer Ordnung sein als sämtliche folgenden Kapitelüberschriften, ist aber durch nichts als solcher gekennzeichnet. Die erste Abteilung soll die E. lymphangiectodes congenita bilden, diese besitzt gar keine Kapitelüberschrift. Ihr nebengeordnet (S. 177) erscheint dann die E. teleangiectodes mit der Zahl I als besonderes Kapitel. Dann sieht man sich aber vergebens bei der Lappen- und Nervenelephantiasis nach den entsprechenden Zahlen II und III um. Auf Seite 176 tritt das Wort: 2te Gruppe hervor wie eine Überschrift, obgleich es nur eine referierende Bedeutung hat.

Diese Ungleichmäfsigkeiten in der äufsern Einteilung erschweren das Verständnis bei der ersten Lektüre entschieden. Umgekehrt hätten wir gewünscht, dafs gerade in diesem inhaltreichen Buche das Nachschlagen einzelner Punkte durch eine minutiöse, genau korrespondierende und viel weiter gehende Kapitelaufteilung und eventuell durch fortlaufende Randinhaltsangaben erleichtert worden wäre.

Ein sehr wichtiges Kapitel bildet endlich die Therapie, welche das Werk würdig beschliefst. Für den Chirurgen wird die eingehende kritisch-historische Würdigung der Arterienligatur von besonderem Interesse sein; das Resultat derselben ist eine Mahnung, diese Methode ganz erheblich einzuschränken, gleichsam als ultimum refugium zu betrachten und in den meisten Fällen zweckmäfsigerweise durch die Kompression, speziell die Digitalkompression zu ersetzen. Für uns Dermatologen erscheint die prophylaktische Behandlung der Erysipele etwas stiefmütterlich und allzu skeptisch behandelt, da wir neuerdings Mittel genug besitzen, dieselben allerorten zu koupieren. Auch wäre der ausgesprochenen, erworbenen Elephantiasis — mit oder ohne Filarien — gegenüber der innere Gebrauch von Natr. salicylicum wie bei Sklerodermie versuchsweise zu empfehlen.

Das eingehende Studium dieses Prachtwerks, welches eine Zierde jeder medizinischen Bibliothek bildet, empfehlen wir den Dermatologen insbesondere auf das wärmste. UNNA.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland, Österreich, Rufsland, Schweiz.

v. MOSETIG-MOORHOF empfiehlt im *Centralbl. f. Chirurgie.* 1885. Nr. 12 die **Milchsäure zur Zerstörung pathogener Gewebe.** Wirksam zeigte sie sich bei Lupus vulgaris, Hautfungus, Ulcus rodens, Papillom. Der Vorzug der Milchsäure besteht in der Schonung des Gesunden gegenüber den Causticis, welche Freund und Feind gleichmäfsig zerstören. Die einfachste Applikationsweise ist eine weiche Paste aus Milchsäure und reiner gepulverter Kieselsäure (ana q. satis), welche messerrückendick auf Gummipapier gestrichen aufgetragen wird. Nach 12 Stunden wird das Medikament abgenommen und erst nach 24stündiger Pause erneuert. 5—7 Applikationen genügen zur Heilung eines Lupus.

In der Leipziger med. Gesellschaft stellte E. LESSER im Februar 2 seltene Hautfälle vor.

1. **Ichthyosis follicularis.** Bei einem 9jährigen Knaben ragen aus zahlreichen Follikeln kleinste Hornsäulchen hervor. Kopfhaut spärlich behaart, Augenbrauen und Cilien fehlen. Die Haarlosigkeit erklärt L. durch Ver-

stopfung der Follikel mit Hornmasse. Schwefelsalbe hatte keinen Erfolg, Seifenspiritus machte die Haut vorübergehend glatter.

2. Ein Fall von **Ringelhaar.** Bisher sind nur 2 Fälle beschrieben. Die Haare zeigen regelmäfsig abwechselnd dunklere und hellere Streifen von etwa $^1/_2$ mm Länge. Unter dem Mikroskope entsprechen die helleren Streifen spindelförmigen Anschwellungen. Die verschiedene Färbung kommt nicht etwa durch ungleiche Verteilung des Pigments zu stande, sondern durch abnorme Luftansammlung innerhalb der spindelförmigen Vorbuchtungen. Wahrscheinlich ist die Luft Kohlensäure.

Bono, über die Anwendung des **Kokain bei venerischen und syphilitischen Affektionen.** (Nach *Allgem. Med. Centralzeitg.* 1885. Nr. 32.) 1. Bei akuter Gonorrhöe beseitigt die Injektion weniger Tropfen einer 2%igen Lösung die Schmerzen. — 2. Durch dieselbe Injektion werden kaustische Injektionsflüssigkeiten schmerzlos; Untersuchungen der Harnröhre oder Blase mit Sonde und Endoskop sind dann leicht vorzunehmen. — 3. 10 Minuten dauernde Anästhesie bei Excision der Initialsklerose. — 4. Die Schmerzen bei Stomatitis mercurialis verschwanden fast ganz.

Eine Konkurrenz für die medizinischen Seifen stellen die **Saponimente** oder medizinischen Opodeldoke dar, über welche Dr. Letzel aus München eine vorläufige Mitteilung in der *Allgem. med. Centralzeitung.* 1885. Nr. 21 veröffentlicht. Der Fabrikant ist Eugen Dieterich in Helfenberg bei Dresden. Bei nässenden Ekzemen, akuten Erythemen und Reizzuständen sind die Opodeldoke nicht zu verwenden, und wird ihre Hauptindikation bei trockenen chronischen Dermatosen und parasitären Affektionen zu suchen sein. Den Hauptvorzug der Saponimente sieht L. in der Sparsamkeit gegenüber den Seifen, bei welchen die gröfste Menge des wirksamen Prinzips mit abgewaschen wird und verloren geht.

Eine neue Hautkrankheit, **Lymphodermia perniciosa**, beschreibt Kaposi in den *Med. Jahrbüchern d. k. k. Gesellschaft d. Ärzte in Wien.* 1885. Pat. war eine 39jährige Frau. Beim Spitalseintritt zeigte sie chron. universelles Ekzem. Auffallend war gleich eine besondere Pachydermie des Gesichtes und Halses bei relativer Immunität der Unterextremitäten. Im Verlaufe bildeten sich unter den Zeichen zunehmender allgemeiner Leukämie (Milztumor etc.) diffuse Infiltrationen des Coriums. Über diesen Verhärtungen rötete sich die Haut, und es entstanden durch Exfoliation derselben bis thalergrofse, flache Substanzverluste. Plötzlich exitus letalis. Die Sektion wies Lymphtumoren in fast allen Organen, auch in der Haut nach.

Rona, die **blennorrhoische Entzündung der samenbereitenden und ausführenden Organe.** (*Pester Med. Chir. Presse.* 1885. Nr. 17.) Besonders interessant sind R.s Untersuchungen über das wenig bearbeitete Kapitel der Erkrankungen der Samenblasen und vasa deferentia. Die Vesiculitis setzt zumeist verschwommene Symptome, so dafs es schwer fällt, sie von einer Entzündung des analen Teils des vas deferens zu differenzieren. Daraus, dafs man in der Gegend der vesicula seminalis einen kaum fühlbaren, bei Berührung jedoch schmerzhaften Strang fühlt, dafs zu Ende des Urinierens einige Tropfen eitrigen Samens sich entfernen, läfst sich schliefsen, dafs entweder die Samenbläschen oder der Mastdarmteil des vas deferens an dem Tripperprozefs teilnehmen; jedoch anzunehmen, dafs faktisch blofs das eine und nicht auch das andre Gebilde entzündet ist, geht nicht an, denn wenn auch akute Erscheinungen und charakteristische Momente zugegen sind, fällt es nach dem Schwinden derselben schwer zu entscheiden, welchem Gebilde die vorliegende Hypertrophie zukomme. Der blennorhoischen Epididymitis braucht keine Vesiculitis vorherzugehen, das vas deferens jedoch mufs immer an der Entzündung partizipieren.

Aus der Dorpater chir. Klinik berichtet DEMITSCH über einen Fall von **Pityriasis rubra** (*St. Petersburger Med. Wochenschr.* 1885. Nr. 11 u. 12). Verf. rekapituliert die Ansichten und Beschreibungen der Autoren von dieser doch seltenen Hautkrankheit und beschreibt dann des genaueren seinen Fall, welcher bei typischem Verlaufe alle klassischen Symptome darbot und sich aufserdem durch eine auffallende Neigung zur Ekchymosenbildung auszeichnete. Der Patient war 60 Jahre alt und bis zum 56sten Jahre gesund gewesen. Er verliefs das Krankenhaus nach 2monatlicher Behandlung nicht wesentlich gebessert; nur hatte er gelernt, sich durch Fetteinreibung und warme Bäder etwas Erleichterung zu verschaffen.

Nahezu ständige Gäste der Dorpater Klinik sind **Leprakranke,** wie WELLBERG in *St. Petersburger Med. Wochenschrift.* 1885. Nr. 14 berichtet. Besonders wohl die livländischen Ärzte interessierend ist eine topographische Skizze der dortigen Lepra. Die Pilze der baltischen Lepra sind dieselben wie die anderswo gesehenen.

MONTI beschreibt im *Arch. f. Kinderheilkunde.* 1885. S. 319 einen in Wien beobachteten lethal endigenden Fall von **Morbus Addisonii.** Ein 10jähriger Knabe war seit 3 Jahren krank. Während 5 verschiedener Anfälle, die als Erkrankung des Sympathicus gedeutet wurden, wurde jedesmal die Haut intensiver bronzefarben. Die Obduktion wies als wesentlichen Befund nach: Angeborener Mangel der rechten Nebenniere und hochgradige Atrophie der linken Nebenniere. Hyperplasie sämtlicher Lymphfollikel und Lymphdrüsen sowie der Milz. Bronzefärbung der Haut.

Altona. APPEL.

Auf dem am 30. Mai in Bern abgehaltenen ersten schweizerischen Ärztetage hielt Prof. Dr. NENCKY einen Vortrag über das **Pigment der melanotischen Sarkome.**

Bei Anlafs eines Falles von melanotischem Sarkom, das aus einem kleinen Pigmentmal am Rücken hervorgegangen, zu zahlreichen Metastasen in allen Organen, besonders der Leber, geführt hatte, unternahm NENCKY eine Analyse des Farbstoffes dieser Geschwülste. Bisher war die allgemeine Ansicht die gewesen, dafs der Farbstoff der melatonischen Sarkome als ein Derivat des Blutfarbstoffes zu betrachten sei und seinen Ursprung im Hämoglobin oder Hämatin habe. In dem Falle müfste aber dieses Pigment wie der Blutfarbstoff überhaupt sehr reich an Eisen sein, was aber absolut nicht zutrifft.

NENCKY untersuchte hierauf auf andre Stoffe und fand zu seinem Erstaunen im Pigment dieser Melanosarkome einen ziemlich beträchtlichen Prozentsatz von Schwefel bis zu 11%. Es beweist dies, dafs wir es hier mit einem Farbstoff sui generis zu thun haben, der keine weitere Beziehung zum Blutfarbstoff hat. Zur Vergleichung untersuchte NENCKY noch andre pigmenthaltige Organe und Geschwülste auf allfälligen Schwefelgehalt des Farbstoffes. Dabei fand sich der Schwefelgehalt namentlich im normalen Pigment der Haare wieder, dann auch im normalen Chorioidealpigment, sowie endlich in den pigmentierten Geschwülsten, die sich häufig in der Umgebung des Anus bei Schimmeln entwickeln.

Bezüglich der Herkunft dieses schwefelhaltigen Pigments der Melanosarkome hält NENCKY dafür, dafs dasselbe durch eine eigentümliche Thätigkeit der Pigmentzellen aus dem Eiweifs der Nahrung abgespalten und aufgespeichert werde.

Dr. SAHLI sprach über einen Fall von **Bronchopneumonie** bei einem Kinde, mit letalem Ausgange, der infolge von Komplikation **mit akuter Pemphiguseruption** Gegenstand bakteriologischer Untersuchung wurde.

In den Pemphigusblasen fanden sich nämlich kleine Kokken in grofser Menge, während in den Lungenherden Bakterien der verschiedensten Art sich nachweisen liefsen. Es gelang indessen dem Vortragenden, aus diesem Bakteriengemisch eine Art zu isolieren, die morphologisch durchaus mit der aus den Pemphigusblasen gezüchteten Reinkultur übereinstimmten. S. glaubt sich nun zu der Annahme, die er des nähern begründet, berechtigt, dafs die Pemphigus-eruption mit der Pneunomie in genetischem Zusammenhang stehe und speziell, dafs die gefundenen Kokken von der Lunge aus durch das Blut in die Haut verschleppt worden seien. Die betreffenden Präparate, sowie Cholerabacillen wurden demonstriert.

Dr. DE GIACOMI teilt eine neue **Färbungsmethode der Syphilisbacillen** mit, die er gefunden hat und die gegenüber dem von LUSTGARTEN angewandten Procedere bemerkenswerte Vorteile bietet.

Nach G. werden die Deckglaspräparate nach gewöhnlicher Fixation in der Flamme in Fuchsinlösung wenige Minuten lang leicht erwärmt, sodann in Wasser, dem einige Tropfen Eisenchloridlösung zugesetzt sind, abgespült und hierauf in konzentrierter Eisenchloridlösung entfärbt. Die Bacillen bleiben rot, alle andern vorhandenen Bakterien entfärben sich. Das Präparat kann beliebig unterfärbt werden. — Die bedeutende Vereinfachung und Abkürzung des Verfahrens gegenüber der LUSTGARTENschen Angabe, lassen diese GIACOMI-sche Färbung sehr vorteilhaft erscheinen.

Die Syphilisbacillen unterscheiden sich morphologisch kaum von den Tuberkelbacillen. Interessant ist die Thatsache, dafs nach 8tägigem Gebrauch der Inunktionskur bei einem Fall sich die Zahl der Bacillen ganz erheblich vermindert hatte. Demonstration von Präparaten. (*Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte.* 1885. 15. Juni.)

Amerika.

EDWARD L. KEYES bespricht in *New York Med. Journ.* 1885. 25. April unter streitigen Punkten in der Syphilidologie die **Excision des syphilitischen Schankers.** Verf. excidierte eine spitze Papel des Penis bei einem Arzte, welche noch keine 24 Stunden bestand; trotzdem trat Roseola auf. Ähnliche Fälle führt KEYES an von Dr. MORROW, von BERKLEY HILL, von R. W. TAYLOR und noch aus seiner eignen Praxis und glaubt deswegen annehmen zu müssen, man könne durch die Excision des Primäraffektes den Verlauf der Syphilis in keiner Weise beeinflussen, selbst nicht abschwächen. Die angeblichen Erfolge nach der Excision sind leicht zu verstehen bei der leichten Möglichkeit einer falschen Diagnose; und besonders ist dies in Deutschland der Fall, wo die besten Resultate erzielt sind, denn die Vertreter der Excision sind alle Unizisten (hauptsächlich AUSPITZ und KAPOSI). Verwechselungen sind nämlich möglich mit 1. entzündlicher Induration nicht syphilitischer Läsionen; 2. einem kleinen ulcerierten Gumma des Penis; 3. nicht spezifischen Geschwüren, welche dem infektiösen Schanker gleichen; 4. Fällen von veralteter Syphilis.

Altona. APPEL.

Unnas Pflastermulle und Salbenmulle. Dr. MORISON von Baltimore spricht sich sehr befriedigt über diese Neuerungen von UNNA aus und betrachtet sie als einen grofsen Fortschritt in der therapeutischen Technik. Er empfiehlt sie wegen der Leichtigkeit der Applikation, der Reinlichkeit, Haltbarkeit, Annehmlichkeit für den Patienten und ungemeinen Wirksamkeit. Er führt Fälle von Ekzem, Psoriasis, Tylosis, Lupus vulgaris und Ainhum an, in denen er Pflaster- und Salbenmulle mit günstigem Resultat gebraucht hat. (*Philad. med. News.* 1885. 13. Juni.)

Xeroderma und **Ichthyosis.** Dr. KINNIER betrachtet diese zwei Übel als eines und hält ersteres nur für eine milde Form von Ichthyosis simplex. Das Hauptsymptom beider sei eine vermehrte Bildung und Anhäufung von epithelialen Schuppen, die mit mehr oder weniger Fett gemischt, kleinförmige Schüppchen oder hornige Massen darstellen. Die Haut ist trocken, anscheinend schlecht ernährt und besitzt ein abnorm spärliches Fettpolster. (*Arch. Pediatrics*, 1885. 15. Juni. pg. 344.)

Congenital Naevus Lipomatodes. Dr. HYDE von Chicago veröffentlicht in der Julinummer des *Journ. of cut. and ven. Diseases* (pg. 193) einen ausgezeichneten Fall dieser Art mit wohlgelungener Abbildung. Die Geschichte der Familie wies kein ähnliches Vorkommnis auf. Die Deformität war bei der Geburt bereits vorhanden aber seitdem durch neue Tumoren und stärkeren Haarwuchs noch gröfser geworden. Das Kind war ganz gesund. Auf seinem Gesicht befanden sich zwanzig erbsengrofse und gröfsere pigmentierte Mäler ohne Haarentwickelung. Ähnliche Mäler waren zerstreut über Kopf und Körper aber nicht unterhalb der Fufsgelenke. Auf dem untern Teile des Rumpfes und einem Teile beider Oberschenkel safs ein enorm grofses, fettreiches und pigmentiertes Mal, ungefähr in der Ausdehnung, wie Schwimmhosen getragen werden. Die Grenzen waren gut markiert aufser hinten rechts, wo das Lipom sich besonders entwickelt hatte. Der Tumor hatte eine dunkel schokoladenartige Farbe und war durchweg mit weichen, ca. 2 Zoll langen Haaren besetzt. Er war durchsetzt mit einer Menge lipomatöser Tumoren, deren gröfster 20 cm im longitudinalen und 23 cm im vertikalen Durchmesser mafs; alle waren pigmentiert.

Dermatitis venenata. Dr. MORISON von Baltimore empfiehlt hierfür PICKS 5%igen Salicylleim und sagt, dafs derselbe das Jucken und Brennen fast augenblicklich lindere und das Leiden nach wenigen Tagen heile. (*Journ. of cut. and ven. Dis.* 1885. Juli. pg. 201.)

Herpes tonsurans maculosus. Dr. G. T. ELLIOT von New-York behauptet in einem interessanten Aufsatz über dieses Thema, dafs die Kontagiosität wenigstens in den früheren Stadien nicht bedeutend ist, und dafs der Ausbruch, dem allgemeines Unwohlsein, geringes Fieber, Appetitlosigkeit etc. vorhergehen können, die Folge multipler Infektion sei. (*N.-Y. med. Journ.* 1885. 4. Juli.)

Herpes des Rachens. Dr. SOLIS COHEN von Philadelphia teilt einen Fall mit, in welchem er Gelegenheit hatte, die wohlerhaltenen Bläschen auf dem weichen Gaumen zu sehen. Der Fall war chronisch, und es trat stets nach einigen Tagen bis zu 3—4 Wochen ein Rückfall ein. Der Patient, der entschieden neurotisch beanlagt war, hatte an diesem Leiden bereits 15 Jahre gelitten. (*Med. Record.* 1885. 11. Juli. pg. 317.)

New-York. GEO. TH. JACKSON.

England.

HUTCHINSON (*Med. Times.* 1885. Juli 11) weist auf die Thatsache hin, dafs **Pernionen** nicht allein von Kälte, sondern von jeglicher Temperaturveränderung herrühren. Sie kommen keineswegs bei denjenigen, die an roten Nasen und kalten Extremitäten leiden, vor, vielmehr bei solchen, die eine aktive Zirkulation haben. Die Tendenz liegt nicht in der Schwäche der allgemeinen Zirkulation, sondern in den Geweben selbst, und vielleicht auch in dem vasomotorischen System. Sie werden in gewissen Rassen und in gewissen vorzüglich mit hereditärer Gicht behafteten Familien am meisten bemerkt. Der Grad der Intensität ist sehr verschieden, bei einigen wird nur die Oberfläche affiziert (Erythem), bei andern steigt der Prozefs tiefer bis zu den Nagelbetten, sub-

kutanem Gewebe, Periost, bisweilen sogar bis zu den Gelenken und Sehnen in die Tiefe. Die dem Temperaturwechsel am meisten ausgesetzten Körperteile sind natürlich diejenigen, die am häufigsten angegriffen werden, die Geneigtheit aber stammt von einer angeborenen Eigentümlichkeit des Gewebes her.

Perry (*Brit. Med. Journal.* 1885. Juli 25) beobachtete einen Fall von frühzeitiger **luetischer Epididymitis** bei einem 20jährigen Soldaten, der sich mit Syphilis vor 10 Wochen infiziert hatte. Die linke Epididymis allein war angegriffen; sie wurde vergrößert, etwas schmerzhaft und hart. Harnröhre, Samenstränge und Hoden waren gesund. Unter merkurieller Behandlung wich die Affektion binnen 14 Tagen vollständig.

Pearson (*Brit. Med. Journ.* 1885. August 8) beschreibt einen interessanten Fall von **Zoster**. Der Patient, ein thätiger, 60jähriger Maler, der sich zweimal nacheinander stark erkältet hatte, litt zuerst an „steifem Nacken"; 7 Tage später kam ein kopiöser Ausbruch von Zoster zum Vorschein, der genau die Gebiete des N. circumflexus dexter am Nacken, Schulter und Oberarm einnahm, den gewöhnlichen Verlauf durchmachte und starke, nachhaltige Schmerzen zurückließ. Nach 6 Monaten fingen die entsprechenden Punkte der linken Seite auch heftig zu schmerzen an. Im nächsten Jahre gesellten sich auch Schwindelanfälle dazu, die stets mit einer Art aus der ursprünglichen Stelle an der rechten Seite herkommenden Aura begannen und ein schweres Druckgefühl in der regio frontalis veranlaßten. Mit der Verbesserung des allgemeinen körperlichen Zustandes ließen die Anfälle und Schmerzen allmählich nach; bloß die Narben an der rechten Seite bleiben immer noch empfindlich. Pearson betont die Thatsache, daß erst, als der ursprüngliche, krankhafte Prozeß auf die andre Seite fortgeschritten war und das ganze Zentrum des entsprechenden Nerven dann eingenommen hatte, die quasi-epileptischen Anfälle auftraten, und er vergleicht diesen Zustand mit dem bei der Migräne, wo die allgemeine Niedergeschlagenheit und das „kritische" Erbrechen erst auftreten, wenn beide Seiten des Kopfes befallen sind.

O'Neill (*Med. Press.* 1885. April 29) bespricht den Fall einer Dame, Alt. 40, die nach dem Genuß von gewöhnlichen Champignons beim Abendessen von Erbrechen und etwas Fieber und intensiver Röte der Handflächen und Fußsohlen befallen wurde. Die Röte war runkelrübähnlich und mit Prickeln und leichter Schwellung vergesellschaftet; anderswo keine Quaddeln. Der Zustand war in 3 Tagen vorbei. Kein andres Mitglied der Familie erkrankte auf dieselbe Weise. Die Patientin hatte nur einmal früher, in ihrem 16. Jahr, Champignons gegessen und damals mit demselben Erfolg.

Manchester. Brooke

Frankreich.

Das Keloid vor der chirurgischen Gesellschaft. — Klinische Studie über das Fibroma molluscum, von Dr. Maurice Barry. — **Über „Aberrations néoplasiques" der Neubildungen,** insbesondere des Fibroma molluscum, von Dr. Lerefait. — **Über den mikroparasitären Ursprung des phagedänischen Geschwürs der heißen Klimate,** von Dr. Le Dantec.

In einer der letzten Sitzungen (13. Mai) der Societé de Chirurgie, bei Gelegenheit der Vorstellung eines mit Keloid des Halses behafteten und von ihm operierten Kindes, teilte Dr. Monod seine Ansicht über das Leiden und seine operativen Resultate mit. Die einen behandeln das Keloid wie eine gewöhnliche Neubildung und scheuen nicht vor der Operation zurück (Monod), besonders bei umschriebenen und gestielten Keloiden (Professor Le Fort). Andre (Réclus) loben die Kompression und die Behandlung mittels Leberthran und Jodkalium. Noch andre endlich (Le Dantec am Hospital St. Louis und

Professor VERNEUIL) raten von jedem Eingriff ab, sei es der zu erwartenden Recidive wegen, sei es weil sie das Keloid als den Ausdruck einer allgemeinen Diathese betrachten.

Da diese Frage noch durchaus nicht abgeschlossen erscheint, ist von neuem das ganze therapeutische Arsenal gegen das Keloid ins Feld zu führen und zwar gegen das wahre Keloid, nicht zu verwechseln mit der hypertrophischen Narbe und dem Narbenkeloid; aber alle Mittel scheiterten bisher an dieser insidiösen Neubildung. Die lineären Skarifikationen nach VIDAL haben in einem Falle eine deutliche Abflachung zur Folge gehabt, dessen Behandlung aber leider durch die Ungeduld des Patienten unterbrochen wurde. Wir würden den Versuch erneuern, indem wir unter lokaler Anästhesie mittels Methylenbichlorür die interstitielle Galvanokaustik nach BESNIER und mit Hilfe der von diesem Autor für Lupus angegebenen Polspitzen in Anwendung zu bringen gedenken.[1] —

MAURICE BARRY (8°. 59 pg., 1 Tafel, BERTHIER, Boulevard St. Germain) hat eine kleine Monographie publiziert über das Molluscum pendulum, in welcher die neuesten Studien über dieses Leiden zusammengefafst sind. Der Autor kommt zu dem Schlusse, dafs das Molluscum eine umschriebene Hypertrophie der Haut und zwar besonders des fibrösen Gewebes ist, welche entweder zur diathetischen Verallgemeinerung (diathèse molluscoide, molluscum generalisé) führt oder lokalisiert bleibt und in diesem Falle gestielt erscheint; daher der Name: Molluscum pendulum. Diese beiden Varietäten, die sich in anatomischer Beziehung nähern, müssen klinisch absolut getrennt werden. Das Molluscum pendulum teilt mit der Elephantiasis die Vorliebe für die grofse Schamlippe und die Inguinalfalte. Der Autor gibt der elastischen Ligatur in der Behandlung den Vorzug.

Seiner Ansicht über das nosologische Chaos, welches durch die Bezeichnung Molluscum geschaffen ist, müssen wir nur zu sehr beistimmen. Sehen wir doch, dafs der Reihe nach darunter verstanden wurde: die Beule von Amboine (BONTIUS 1718); die Warzen, Naevi und das wahre Molluscum bei PLENCK. LUDWIG und TILESIUS geben dieses Epitheton den Tumoren, mit denen der Körper des Kranken von RHEINARD (von Mulberg) bedeckt war und der von TILESIUS beschrieben wurde; WILLAN bedient sich seiner als der erste als eines präzisen Ausdrucks, um die heute noch sogenannten Neubildungen zu bezeichnen und gibt ihnen wegen ihrer äufseren Erscheinung den Beinamen pendulum. Nun hätte wohl Klarheit fernerhin walten sollen. Im Gegenteil sehen wir aber, dafs WILLAN selbst den Namen: Molluscum mit dem Epitheton „contagiosum" der von BATEMAN beschriebenen Affektion beilegt; ALIBERT bringt zusammen BONTIUS' Beule von Amboina mit dem Pian der Insel Barbadoes, dem Molluscum von BATEMAN und der Mykosis fungoides; GIBERT beschreibt ein „Molluscum stéarique" bei Ikterischen, welches nur ein Produkt der Talgdrüse ist; BIETT beschreibt eine andre Art bei jungen Wöchnerinnen als abgeplattet, unregelmäfsig, indolent und klein, die unter einer Lösung von Kupfersulfat rasch verschwindet; CAZENAVE und SCHEDEL unterscheiden ein Molluscum, welches kontagiös, und ein andres, welches es nicht ist und nichts als eine Art Akne darstellt; JACOBOVICS beschreibt eine indurierte Akne unter dem Namen: Molluscum bigarré; HALLE THOMPSON nennt Moll. albuminosum das M. pendulum wegen der Flüssigkeit, die die Maschen des Gewebes erfüllt; CAILLAULT tauscht die Namen: das M. von BATEMAN wird: Acné molluscoide, das von WILLAN: Acné pediculé; DEVERGIE vereinigt mehrere ganz verschiedene tuberöse Hautaffektionen unter dem Namen Molluscum; DIAZ DE BEDOZA ändert nichts am Titel aber findet, dafs die atheromatöse Materie das Mollus-

[1] Wir empfehlen unsern französischen Kollegen die Applikation dreier Mittel: des Pyrogallols, des Resorcins und der Salicylsäure. Besonders durch abwechselnden Gebrauch der beiden letzteren haben wir gute Resultate erzielt. Red.

cum pendulum charakterisiere; Bazin trennt definitiv das M. pendulum von andern Varietäten: granuleux, stéarique; Hillariet unterscheidet das einfache M. pendulum von dem elephantiastischen; Hardy signalisiert die Koexistenz des M. fibrosum mit der Akné variolioformis; Boudet trennt das M. generalisatum von dem M. circumscriptum, indem er sich auf die Arbeit von Recklinghausen stützt, nach welcher das erstere ein Neurofibrom, das zweite ein Lymphangiofibrom sein würde. —

Wir halten dafür, dafs Hebra und Kaposi, indem sie das Molluscum pendulum als einen fibrösen Tumor definieren, diesem nosologischen Wirrsal ein Ziel setzen, welches der Klarheit der Dermatologie schadet und ihr Studium wenn nicht sehr erschwert, so doch für die meisten Studierenden wenig verführerisch macht; ohne von der Konfusion zu reden, die noch in den Köpfen der meisten Mediziner existiert.

Die zweite Studie handelt über die „Aberrations morphologiques des néoplasies et particulièrement du Fibrome molluscum" von Dr. Albert Lefrefait. Henry Ollier, Rue de l'école de médecine 13.) Der Autor teilt seine Arbeit in zwei Teile. Den ersten bildet eine Auseinandersetzung von allgemein pathologischem Interesse über alle Arten von Neubildungen und deren „Aberrations", ein Ausdruck, welchen L. dem der Degeneration vorzieht; denn er zeigt eine nach dem embryonalen Zustande oder anderseits nach einem Zustande höherer Differentiation fortschreitende Entwickelung an, während der Name „Degeneration", dessen sich Virchow bedient, eine vorübergehende oder permanente Alteration des anatomischen Elements bezeichnet, die auf einer Ernährungsstörung beruht und mit dem Tode des Gewebes endigen kann.

Der zweite Teil handelt von dem Fibroma molluscum und seinen Aberrationen. L. teilt die Neubildungen ein nach der Natur des Gewebes, welches in dieselben eingeht:

I. Neubildungen, von einem Gewebe gebildet, das sich an eine der Bindesubstanzen anschliefst.
   A. Embryonales Gewebe = Sarkom.
   B. Gewebe höherer Entwickelung = Fibrom, Myxom, Lipom, Chondrom, Osteom.

II. Neubildungen mit epithelialen Elementen.
   A. Infiltriertes Epithelium = Epitheliom, Karcinom.
   B. Epithelium, Höhlungen oder Papillen bekleidend = Papillom, Adenom, Cysten.

III. Neubildungen lymphatischen Gewebes.
   A. der Lymphgefäfse = Lymphangiom.
   B. der Lymphdrüsen = Lymphadenom.

IV. Neubildungen von Muskelgewebe.
   A. Glatter Muskeln = Liomyom.
   B. Quergestreifter Muskeln = Rhabdomyom.

V. Neubildungen von Nervengewebe.
   A. von Nervenzellen = medulläres Neurom.
   B. von Nervenfasern = fasciculäres Neurom.

VI. Neubildungen von Blutgefäfsen = Angiom.

VII. Kongenitale teratoide Neubildungen = Fötale Einschlüsse, Dermoidcysten, Naevi etc.

Übergehend zu den Aberrationen, speziell der bindegewebigen Neubildungen, zeigt L. sodann, dafs die Neubildung in ihrem Verlaufe stets durch die histologische Disposition des Muttergewebes bestimmt wird. So enthalten die Sarkome des Periosts: Knochen, der Aponeurosen: Spindelzellen, der Chorioidea: Pigment etc. Deshalb ist es auch den bindegewebigen Neubildungen eigen, von einer Bindesubstanz zu einer andern überzugehen. So werden Fibrome sarkomatös, lipomatös, myxomatös, chondromatös, osteomatös. Das Gleiche gilt für das Lipom, mehr noch für das Chondrom, das Myxom und besonders für

das Sarkom. Und wenn wir bedenken, daſs die morphologischen Aberrationen um so häufiger sind, je weniger differenziiert die Neubildungen erscheinen, kann es uns nicht wunder nehmen, daſs ein Sarkom so oft ein komplexes Neugebilde darstellt, das nach allen Richtungen studiert sein will.

Degenerationen anderseits können folgende Tumoren befallen; die kalkige: das Fibrom (besonders im Zentrum); die fettige: das Fibrom, Chondrom und Sarkom; die schleimige (mit gleichsam verflüssigten Elementen und mucinhaltigen Pseudocysten): das Fibrom, Chondrom, Myxom und Sarkom. Was die quergestreiften Myome betrifft (Rhabdomyome, sehr selten konstatiert in teratoiden, kongenitalen Tumoren des Hodens, Ovariums und der Kreuzbeingegend — Billroth, Virchow) und diejenigen aus glatter Muskulatur bestehend (Liomyome von Besnier, häufiger, keine wirkliche Heterotopie zeigend), so scheinen sie aus einer „Hypergenese" der Bindegewebszellen hervorzugehen und keine andern Aberrationen zu besitzen wie die Fibrome selbst; sie neigen, wenn sie sich vervielfältigen, zur kalkigen und fettigen Degeneration.

Die Lymphadenome werden eingeteilt in wahre (Heustaux), die sich durch ihre Struktur den Lymphdrüsen nähern, alle Organe befallen, welche adenoides Gewebe enthalten und mit Leukocythämie oder mit Adenie verbunden sind. Das maligne Lymphadenom, Lymphosarkom (Virchow), bildet das Substrat der unter dem Namen Mykosis fungoides oder Molluscum lymphoadénique bekannten Krankheit, welche nicht oder wenigstens nur in einer kleinen Anzahl der Fälle ihren Ausgang in Lymphdrüsen nimmt. Dasselbe kann spontan mit Hinterlassung kleiner Narben schwinden oder den Gang und die Malignität des Karcinoms darbieten.

Die Lymphangiome, aus einem Geflecht von Lymphgefäſsen bestehend, bieten die Erscheinung eines kavernösen Angioms. — Die einfachen Angiome werden von normalen Gefäſsen mit abnormer starker Entwickelung gebildet. Die kavernösen Angiome weisen Alveolen auf, die von fibrösen Strängen eingeschlossen und mit Gefäſsendothel ausgekleidet sind. Jene bilden eine einfache Wucherung der alten Gefäſse (Förster, Virchow, Broca), diese eine morphologische Aberration (Rindfleisch, Birkett), indem das Bindegewebe aktiv eine kavernöse Metamorphose herbeiführt, eine Ansicht, welche durch die Hypertrophie des Bindegewebes und die Obliteration der Lacunen gestützt wird. Endlich können diese Neoplasmen auch die lipomatöse Umwandlung erleiden.

Unter Neurom hat man nur solche Tumoren zu verstehen, die aus einer Neubildung bestehen, welche nach dem Typus des normalen Nervengewebes gebaut ist (Cornil und Ranvier). Die markhaltigen Neurome finden sich nur in teratoiden Tumoren und die fascikulären Neurome am Ende von durchschnittenen Nerven der Amputationsstümpfe.

Balzer hat neoplastische Sklerosen beschrieben (nicht zu verwechseln mit der Sklerose von Neoplasmen), welche dasselbe sind wie die diffusen Fibrome von Virchow. Aus ihnen besteht Brintons „linitif plastique" im Bindegewebe des Magens, das wahre Keloid der Haut, das falsche Keloid der Narben, das interstitielle Fibrom der weiblichen Brust.

Die epithelialen Neubildungen variieren je nach ihrer Annäherung oder Entfernung von dem normalen Zustand des Organs, das ihnen zum Ausgang dient. Die einfachste ist das „wahre Adenom", welches durch die abnorme Produktion sonst wohlgeformter Drüsenacini charakterisiert wird, die von einer Tunica propria umhüllt sind und sich nur durch ihre übermäſsig vermehrte Anzahl vom normalen Typus entfernen. Solche sind die der Brustwarze (Robin) und der Schilddrüse, gutartig, aber unter Umständen die Lymphdrüsen primär und die Lunge sekundär ergreifend.

Das „Adenom" von Broca, Rindfleisch, das „Epitheliom" oder intraglanduläre Kankroid (Billroth, Verneuil, Labbé, Coyne) stellt die zweite evolutive Form dar. Die Epithelien vervielfältigen sich, erfüllen den Hohlraum, dehnen ihn aus, um endlich, des Nährmaterials der periglandulären Kapillaren

beraubt, zu zerfallen. So bilden diese körnigen zentralen Massen, einzeln oder multipel, mit dem fettigen Inhalt und der epithelialen Umhüllung gleichsam einen rohen Entwurf von Drüsengewebe. Zuweilen senden sie epitheliale Fortsätze in die benachbarten Gewebe hinein, dann haben wir das „diffuse Epitheliom" (Desfosses) und das Karcinom (Verneuil). Die Struktur des Bindegewebes ändert sich wie die Form der Epithelien, die den Anschein von spezifischen Krebszellen gewinnen. Dieses unregelmäfsige zerstörende Wachstum greift die Aponeurosen, die Muskeln, die Knochen und die Haut an. Die Epithelmassen, die von den Gefäfsen des umgebenden Stromas ernährt werden, können weit davon, im Zentrum, verkäsen, wie man es an voluminösen Krebsen und an der Ulceration von Hautkrebsen beobachtet.

Das nichtglandulöse Epitheliom beginnt an den Papillen und in deren Zwischenräumen als „Papillom." Das papilläre Bindegewebe vermehrt sich, bildet embryonale Elemente, die in das Bindegewebe eindringen und das Papillom zum „Kankroid" umwandeln.

Die epithelialen Neubildungen können sich aufser an den Regionen mit Epithelüberzug (Haut, Schleimhaut, Drüsen) auch auf Kosten der Überbleibsel transitorischer Organe von epithelialem Ursprung entwickeln. Das Epitheliom des Unterkiefers hat zum Ausgangspunkt: die Reste der primitiven Anlagen der Zahnfollikel (Reclus), das tiefe Epitheliom des Halses: abirrende Läppchen der Schilddrüsen (Desfosses), das des Beckens: die glandula coccygea von Luschka.

Die epithelialen Neubildungen wiederholen mehr oder weniger genau den Typus der normalen Gewebe, von denen sie entspringen: das „epithéliome lobulé" (Cornil und Ranvier), das „Kankroid" der Kliniker wiederholt den Typus der Stachelschicht, jedes Läppchen hat die Struktur der entsprechenden Epidermis. Das Cylindrom (Billroth), die „tumeurs heteradéniques" (Robin) gehören zum „gelappten Pflasterepithel." An das Cylinderepithel schliefst sich das „cylindrische Epitheliom" an, welches durch regelmäfsig schlauchförmige oder unregelmäfsige Höhlungen charakterisiert wird, die mit einer oder mehreren Lagen cylindrischer Epithellagen austapeziert sind. Dasselbe gilt für das „epithéliome muquoide" von Malassez. Dieselbe Epitheliomform findet man am After wieder, wo man an der Innenseite cylinderische Zellen und die Struktur von Drüsenfollikeln, an der Aufsenseite dagegen fast nie die Epithelialperlen wie beim Kankroid der Haut antrifft.

Gehen wir zu den morphologischen Aberrationen der Karcinome über, so bilden sich die primären Epitheliome der Leber in verzweigten cylindrischen Zügen wie in dem ersten Stadium der embryonalen Entwickelung der Drüse. Die Epitheliome des Uterus, des Rectums, der Nasenhöhlen können sich aus cylindrischen in pflasterförmige umwandeln, indem sie an die Oberfläche kommen. Diese Epitheliome können dann noch die fettige, schleimige (Pseudocysten), kalkige (kalcifizierten Epitheliome von Malherbe und Heurtoux) Degeneration eingehen. Die hauptsächlichsten Veränderungen, die einen epithelialen Tumor treffen können, beziehen sich besonders auf das Verhältnis der zelligen Elemente zum Stroma, und für das Karcinom speziell auf die gröfsere oder geringere Entwickelung der Scheidewände und Zellnester, auf die des Stromas für sich oder zusammen mit jenen (Scirrhus, Encephaloid).

Die Pigmentneubildungen stammen aus der Nachbarschaft pigmentierter Gewebe (Sarkome und Epitheliome der Chorioidea, der Retina, der Pigmentnaevi) oder rühren von dem Transport des Melanins in andre Regionen her (z. B. bei der Melanose der Schimmel). Die einfache Melanose wie beim Pferde ist beim Menschen sehr selten; hier finden wir die „mélanose cancéreuse épithéliale" von Robin, „Melanosis sarcomatosa" nach Virchow. Sie nimmt niemals ihren Ausgang von den inneren Schleimhäuten, sondern von der Haut (Naevi, pigmentierte Warzen), vom Innern des Auges, von der Conjunctiva, vom Rande der Cornea. Das Pigment kann in die Drüsen oder andre Ge-

schwülste transportiert werden und muſs dann von der Pigmentation durch Blutfarbstoff (der in Schwefelsäure löslich ist) und von Blutergüssen herrührt, sowie von der Anthracosis und dem Ruſs in den Skrotalkrebsen der Schornsteinfeger (Cooper, Kaposi) wohl unterschieden werden.

Neben diesen „inneren" (intrinsèques) morphologischen Aberrationen der Neubildungen begegnen wir auch „äuſsern" (extrinsèques), welche von der Einwirkung des Tumors auf die umgebenden Gewebe herrühren. Der reizende Einfluſs desselben, ähnlich dem eines Fremdkörpers, führt zur Bildung einer isolierenden Bindegewebshülle. Die bindegewebige Neubildung führt zur Proliferation der benachbarten Epithelien, welche Epithelkolben gegen den primären Tumor ausschicken und denselben in ein Epitheliom oder Karcinom umwandeln; so bei Fibromen, in der Brustwarze, in Narben, in Uterusmyomen, welche nach innen hervorragende Polypen bilden. Umgekehrt kann aber auch die epitheliale Neubildung auf das Bindegewebe einwirken und zur Bildung eines harten, narbigen Gewebes (Scirrhus) führen. Es bildet sich Knorpel (Parotis, Hoden), Knochen in Lamellen (Desfosses, Malherbe). Das Bindegewebe geht die sarkomatöse Veränderung ein und prägt dem Epitheliom ihren Charakter auf. So entstehen Mischgeschwülste (Fibroepitheliome, Fibroadenome, Myxo-Karcinome, Fibro-myxosarco-epitheliome etc.).

Im zweiten Teile seiner Arbeit wendet L. diese Anschauungen auf das Fibroma molluscum an und gibt zunächst eine kurze Monographie der Krankheit, welche so definiert wird:

„Eine gewöhnliche angeborene Miſsbildung der Haut, die spätestens in „den ersten Lebensjahren auftritt und in einer übermäſsigen Bindegewebs„entwickelung der Cutis oder des Papillarkörpers (Desnos, Rindfleisch, Virchow) „besteht, an die sich eine Veränderung der epithelialen Bedeckung (zuweilen „Atrophie: Hardy, Malassez) und Schwund der Talgdrüsen und Haarfallikel „oder auch eine Papillarhypertrophie (Mulluscum papillomatosum) anschlieſst."

Der Autor reiht darauf das Molluscum in dieselbe nosographische Gruppe wie die Naevi ein, eine Einteilung, die künstlich erscheinen kann, die aber Larcher wählte wegen des beiden gemeinsamen Charakters, Anomalien der Haut darzustellen, die in einem Übermaſs der Entwickelung bestehen und nur in der elementaren Zusammenstellung der betreffenden Teile differieren. Bisher sind die morphologischen Aberrationen des Moluscum ziemlich unbekannt gewesen, denn sie wurden mit denen der Haut zusammengeworfen. L. teilt sie in zwei Kategorien:

1. Diejenigen Aberrationen, welche ihren Ausgangspunkt im Bindegewebe haben. Die häufigste ist die fibromatöse; sie besitzt die Struktur eines wahren faszikulierten Fibroms; die lipomatöse ist sehr wenig beschrieben, kommt jedoch vor, und L. ist geneigt, die unter dem Namen: Naevi lipomatodes aufgeführten Geschwülste als transformierte Mollusken zu betrachten; Chambard hat in ihnen auch Schleimgewebe gefunden; ebenso kommt eine sarkomatöse Transformation vor (Wagner, Malassez), wenn auch die embryonalen Zellen, die Rindfleisch, Michel und Malassez fanden, Zeichen eines Entzündungsprozesses oder auch Lymphkörperchen gewesen sein können; die chondromatöse Transformation Wagners erscheint zweifelhaft; nicht dagegen die kalkige Degeneration, die Vanzetti von multiplen Mollusken des Scrotums beschreibt; wenig wahrscheinlich erscheint es, daſs sich daselbst ein Lymphadenom entwickeln könne; nach Birkett und Rindfleisch folgte das kavernöse Angiom sekundär der fibromatösen Umwandlung des Tumors, dessen Interstitien durch die erweiterten Gefäſse angefüllt würden. Aber umgekehrt kann das kavernöse Angiom sich in ein cystisches Fibrom oder ein Fibrolipom umwandeln. Chambard, Malassez haben Gefäſse in dem myomatösen Molluscum gefunden; Virchow beschrieb zuerst Liomyome in den weichen Warzen, den tiefen Naevi. Auch Michel, dann Malassez fanden in denselben glatte Muskelfasern. Chambard

und Gouillond trafen unter andrem relativ enorme, venöse Sinus und xanthomatöse Herde an.

2. Die morphologischen Aberrationen epithelialen Ursprungs sind nicht weniger wichtig. Aufser der Atrophie der Haarbalgelemente und der Kleinheit oder Hypertrophie der Papillen (M. papillomatosum) gibt es bedeutendere, so die epitheliomatöse, deren kankroide Form sich durch eine relative Gutartigkeit auszeichnet, die durch die Langsamkeit bedingt wird, mit welcher die Neoplasie den Stiel des Tumors überschreitet. Ebenso ist es mit der karcinomatösen Form, von der der Autor 3 Fälle anführt, die sich langsam entwickelten, aber durch einen leichten Reiz zur Ulceration der Haut und zur Invasion des Stieles angefacht wurden. Die Prognose und chirurgische Behandlung richtet sich hiernach. Man mufs daher das Molluscum und alle andern kongenitalen Tumoren exstirpieren, wenn ihre geringe Anzahl, ihr Sitz, Volumen und ihre Form dasselbe ohne Inkonvenienz zu thun gestatten; wenn nicht, bedarf es der aufmerksamsten Überwachung des Verlaufes, denn dieser ist durch die äufserst langsame Entwickelung sehr insidiös.

Wir schliefsen diesen Bericht mit dem Referat eines Artikels, welcher kürzlich über „den mikroparasitären Ursprung des phagedänischen Geschwürs der heifsen Klimate“ in den *Archives de médecine navale* (T. 43. pag. 448) erschienen ist.

Dieses Geschwür, welches noch jeder Beobachter als der tropischen Gegend eigentümlich beschrieben hatte, wo er sich befand, wäre nach Dr. Dantec überall ein und dasselbe. Während die Separatisten von einer „Wunde von Yemen“ (Lefêvre), einem „Geschwür von Mozambique“ (Azéma), einem „Geschwür von Neukaledonien“, einer Annamiterwunde, einem „Geschwür von Cochinchina“ redeten, sehen die Identisten (Rochard 1862, Cras 1862, Laure, Leroy de Méricourt 1864, Chapes, Bassignot, Moisson, Thaly) in diesen verschiedenen Formen nur ein und dasselbe phagedänische Geschwür mit unerheblichen individuellen und klimatischen Variationen. Treille (*Arch. med. nav.* 1874) hatte dasselbe in Verdacht, parasitären Ursprungs zu sein, jedoch ergab ihm die mikroskopische Untersuchung keinen Beweis, während Dantec in dem Eiter, den er nach der Methode der Tuberkelbacillenuntersuchung behandelte, darin zahlreiche Bacillen gefunden haben will von 6—45 μ, die meisten zwischen 7 und 12 μ, das will sagen von dem Durchmesser roter Blutkörperchen. Der Bacillus ist gerade, unbeweglich, oft ein wenig gebogen, wenn er sehr lang ist, in Massen oder zerstreut, nie in den Blutkörperchen, nicht im Blute des Zeigefingers vorhanden, sich begierig mit Methylviolett und Fuchsin färbend. Mit Eosin, Jod und Pikrokarmin färbt er sich nicht. Salpetersäure (1 : 3) entfärbt ihn. Der Autor erwähnt auch Kokken, von denen er glaubt, ohne es zu behaupten, dafs es Sporen der Bacillen sind, eine Ansicht, die Roux (vom Laboratorium Pasteurs) nicht teilt, da sie sich intensiv färben, dicker als die Bacillen sind, zu zweien oder in Ketten aneinanderhängen und man sie nicht in Bacillen eingeschlossen findet.

Ihre grofse Frequenz (Südchina und Tonkin) bei den eingeborenen Bauern, bei den Soldaten, deren Halbstiefel für das Wasser der Reisfelder durchgängig sind, ihr Verschwinden in Südchina seit der Anlage von Wegen und Chausseen, ihre Abwesenheit bei den Offizieren von Tonkin, welche hohe Stiefel tragen, scheinen auf einen tellurischen Ursprung hinzuweisen. Die Kontagiosität ist bewiesen durch die Thatsache, dafs ein Geschwür der Ferse sich auf die Hinterbacken verimpfte bei einem Kranken, der als Schneider diese Teile in Berührung brachte (Bassignot). Tödliche Fälle wurden beobachtet auf einem Transport von kranken Soldaten nach Frankreich, welche mit leichten Wunden behaftet waren, aber neben andern gelegen hatten, die den totalen Zerstörungen der Muskeln eines Gliedes erlegen waren.

Die beste Behandlung ist die ausgiebige Touchierung des von gangränosen Fetzen befreiten Geschwürs mit folgender Lösung: Sublimat 2,0, Aqua, Alkohol

ā 15,0, und nachfolgendem Verband mit 1‰ Sublimatwasser. Dasselbe gilt für starke und schwache Lösungen von Kaliumpermanganat und Karbolsäure. Indem wir hinzufügen, dafs es uns gestattet war, Geschwüre von Mozambique mittels Jodoformpulver erfolgreich zu behandeln, wünschen wir, dafs diesem Gegenstande von allen Seiten Aufklärung zuteil werden möge.

Paris. E. Renouard.

Verschiedenes.

Saponimente. Herr E. Dieterich in Helfenberg bei Dresden bringt seit etwa einem Jahre Opodeldoke mit medikamentösen Zusätzen in den Handel, welche er auf einen Vorschlag Hagers Saponimente benannt hat. Dieselben haben auch von Herrn Dr. Letzel (München) dermatologischerseits eine Empfehlung erhalten. Wenn wir uns fragen, welche Lücke in unserm Armentarium diese Saponimente etwa auszufüllen bestimmt sind, so ergibt sich, dafs sie zunächst mit drei andern seifenhaltigen Medikamentformen in Parallele zu stellen sind, nämlich 1. den medizinischen, festen Stückseifen, als deren Prototyp ich die von mir angebenen „überfetteten Seifen“ (s. Volkmanns *Vorträge*. No. 252) ansehe, 2. überfetteten Kalischmierseifen, von denen ich hier nur die „graue Seife“, einen vorzüglichen Ersatz der grauen Salbe, nenne[1], und 3. den Mischungen von Medikamenten mit dem offizinellen oder besser Hebraschen Seifengeist. Nur in den obengenannten überfetteten Stückseifen ist die Seife als solche — teils durch den mehr transitorischen Gebrauch jeder Stückseife, teils durch die Überfettung — so herabgemildert, dafs diese sowohl bei entzündlicher wie nicht entzündlicher, sowohl bei zarter wie bei verdickter Oberhaut anwendbar sind. Bei den andern Formen, der Schmiersalbenseife und dem medikamentösen Seifengeist hingegen, tritt die Seifenwirkung voll in den Vordergrund und ebenso natürlich bei den Saponimenten. Diese letzteren drei Formen sind also unter sich nächste Konkurrenten. Alle drei sind nur bei solchen Hautkrankheiten anzuwenden, bei denen wir absichtlich eine nebenhergehende Seifenwirkung einleiten wollen, also im allgemeinen bei nicht entzündlichen, chronischen, indolenten Formen. Alle drei sind nicht zu transitorischer, sondern zu permanenter Einwirkung auf die Haut geschaffen und daher stets auf starke Wirkung berechnet. Als Differenzen könnte ich nach meiner bisherigen Erfahrung etwa folgende angeben. Die Kalisalbenseife halte ich wegen des bedeutenderen und festeren Fettgehalts für die mildeste, die Seifentinktur wegen des geringen Gebrauchs beim Einpinseln für die ökonomischste, das Saponiment für die schärfste — gleichen Gehalt an Medikament vorausgesetzt. Die Kalisalbenseife wird man überall vorziehen, wo längeres Einreiben gestattet und von Nutzen ist; die Seifentinktur, wo, wie im Gesicht, rasches Eintrocknen und möglichst dünne Schichten praktisch sind; das Saponiment, wo energische Wirkung (wie beim Seifengeist) zusammen mit nachbleibender Geschmeidigkeit (wie bei der Salbenseife) gewünscht wird — also besonders bei sehr trockener Haut. So habe ich u. a. bei Pityriasis rubra ein Saponiment mit je 10 % Resorcin und Natr. salicylicum gute und angenehme Dienste thun sehen. Hiernach wären die Saponimente versuchsweise den Fachkollegen zu empfehlen: 1. bei Dermatosen der behaarten Haut (Alopecia pityr., Seborrhoea sicca, Alop. areata, Sykosis), 2. bei Parakeratosen (Akne, Psoriasis, Lichen ruber, Pityriasis rubra), 3. bei stark infiltrierten Ekzemen. — Übrigens glaube ich auch bei gewissen Medikamenten eine Abschwächung durch die konkurrierende Seifenwirkung bemerkt zu haben, so beim Kantharidin im Kantharidinsaponiment.

Unna.

[1] Ausführlicheres über diesen Gegenstand wird eins der nächsten Hefte bringen.

Inhalt: P. G. UNNA, Über das Pigment der menschlichen Haut. — H. HAGER, Beitrag zur Anwendung von Chininpräparaten bei Hautaffektionen. — Referate. — Mitteilungen aus der Litteratur. — Verschiedenes.

Ausländische Korrespondenten der Redaktion: Dr. H. G. BROOKE in Manchester, 189. High Street, Oxford Rd. — Dr. GEORGE THOMAS JACKSON in New York, N. Y. Policlinic. — Dr. E. PONTOPPIDAN in Kopenhagen, Kjøbmagergade 52. — Dr. E. RENOUARD in Paris, 8 Rue St. Lazare.

Gelatina Zinci (Zinkleim) 10% (nach Unna)
4 kg in einer Blechdose = 1 Postpacket incl. Dose 13 ℳ.
Gelatina-Zinco-Ichthyoli (Zinkichthyoleim) 10:2% (nach Unna)
4 kg in einer Blechdose = 1 Postpacket incl. Dose 21 ℳ.
Kautschuk-Heftpflaster:
Collemplastrum, Belladonnae, boricum, Hydrargyri album, ciner. und rubr., salicylicum, Sublimati und Zinci.
Salbenmulle = Unguenta extensa.
Saponimente = Medizinische Opodeldoke.
(Näheres auf gefällige Anfrage)
empfiehlt die Papier- u. chem. Fabrik in Helfenberg b. Dresden.
Eugen Dieterich.
(NB. Alle unsre Artikel sind durch die Apotheken zu beziehen).

VERLAG VON F. C. W. VOGEL IN LEIPZIG.

Soeben erschien:

LEHRBUCH
der
Haut- und Geschlechtskrankheiten
für Studirende und Aerzte
von
Dr. EDMUND LESSER in LEIPZIG.
gr. 8. Mit 22 Abbildungen. = 6 Mark.
I. THEIL. Hautkrankheiten.
Zugleich **Ergänzungsband** zu A. STRÜMPELL's Lehrbuch der Spec. Pathologie und Therapie.
Der II. THEIL, Geschlechtskrankheiten, wird noch vor Herbst d. J. erscheinen.

Beginn der Privat-Winterkur 26. Septbr.
in Bad Nenndorf bei Dr. Ewe.
Pension und Bäder in Villa Ewe.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 10. Oktober 1885.

Die Radikalbehandlung der Hypertrichosis mittels Elektrolyse.

Von

W. A. Hardaway, M. D.

Professor der Dermatologie in St. Louis, U. S. A.

(Mit 1 Abbildung.)

Obgleich ich in den letztvergangenen Jahren eine Reihe von Arbeiten über die Entfernung überflüssiger Haare durch Elektrolyse bereits veröffentlicht habe, folge ich gern der Aufforderung meines Freundes Unna, für die *Monatshefte für Praktische Dermatologie* dasselbe Thema noch einmal zu behandeln.

Ich thue dies um so lieber, als ich jüngst gewahr geworden bin, dafs mehrere meiner europäischen Kollegen entweder die Ausführbarkeit der Operation bezweifeln[1], oder, nach ihren Resultaten zu urteilen, die Methode nicht richtig begriffen zu haben scheinen.[2]

Vor etwa 12 Jahren war es das Thema eifriger Diskussion zwischen Dr. C. E. Michel, einem hervorragenden Ophthalmologen unsrer Stadt, und mir, welches die beste Methode sei, lästige und entstellende Haare definitiv zu beseitigen. Eines Tages benachrichtigte mich Dr. Michel, dafs er eine Prozedur erdacht habe, mittels welcher er zu seiner vollen Zufriedenheit schiefstehende und gekrümmte Haarwurzeln des Augenlides beseitige. Sein Mittel war die Elektrolyse. Ihre Anwendbarkeit auf ähnliche Fälle der dermatologischen Praxis lag auf der Hand. Auf meine Bitte schrieb

[1] Kaposi, *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten*. 1883.
[2] H. Hebra, *Die krankhaften Veränderungen der Haut*. 1884.

Dr. MICHEL einen Artikel über diese neue Methode für ein damals von mir herausgegebenes Journal[3] und forderte zu ähnlichen Maßnahmen bei der Entfernung von Haaren auf andern Körperteilen auf.

Ich stellte alsbald Versuche mit der Elektrolyse an und konnte bereits bei Gelegenheit eines bemerkenswerten Falles von Frauenbart im *St. Louis Med. and Surg. Journ.* Nov. 1877 mitteilen, daß in diesem Falle die Haare durch Elektrolyse beseitigt seien. Später publizierte ich meine weiteren Erfahrungen in einem Vortrage, den ich vor der Amer. Dermatol. Association bei ihrer zweiten Jahresversammlung 1878 hielt. Ein andrer Artikel von mir über dasselbe Thema erschien in den *Philadelphia Med. Times.* Febr. 14. 1880. Dr. MICHEL lieferte einen Beitrag „über Trichiasis und Distichiasis" im *St. Louis Courier of Medecine.* Febr. 1879, in welchem er seine frühere günstige Meinung über die Elektrolyse aufrecht erhielt.

In Dr. H. G. PIFFARDS *Treatise on Diseases of the Skin*, herausgegeben im Jahre 1876, findet man einen Bericht über die Entfernung der Haare von Mälern. Weitere Mitteilungen über das Thema, welche ohne Ausnahme über gute Erfolge mit dieser Methode berichteten, verdanken wir G. H. FOX[4], J. C. WHITE[5], H. HEITZMANN[6], und schließlich gab ich noch einen zusammenfassenden Artikel über „die Elektrizität bei der Behandlung von Hautkrankheiten.[7]" Detaillierte Beschreibungen der einschlägigen Prozeduren finden sich in den Werken von DUHRING, HYDE, ROBINSON, VAN HARLINGEN und G. H. FOX.

Ich erwähne bloß diese amerikanischen Quellen, weil in den Vereinigten Staaten die Methode sich allgemeiner Verwendung und rückhaltloser Anerkennung bei unsren bedeutendsten Spezialisten erfreut.

Es ist ja ganz klar, daß alle Maßnahmen, welche nicht die Haarpapille zerstören, das Wachstum eines neuen Haares nicht verhindern können; es ist daher kaum nötig zu sagen, daß Epilation, Rasieren, Depilatorien etc., welche dieses Ziel nicht erreichen, auch kein befriedigendes Endresultat zuwege bringen. Wenn wir mithin ein Mittel suchen, welches den gewünschten Erfolg haben soll, so ist die erste Bedingung, daß es Zerstörung bewirken kann und zwar eine nur punktuelle Zerstörung, so daß das Nachbargewebe möglichst geschont wird.

Es würde zu weit führen, wollten wir alle hierauf zielenden Versuche besprechen, so die Galvanokaustik, Nadeln von eigentüm-

---

[3] *St. Louis Clinical Record.* März 1879.
[4] *New York Med. Record.* März 1879.
[5] *Boston med. and surg. Journ.*
[6] Vortrag, gehalten vor der Amer. Derm. Ass. Septbr. 1881.
[7] *St. Louis Courier of Med.* Juni 1883.

licher Form, mit Causticis bedeckt oder erhitzt, kaustische Injektionen in die Follikel etc. etc.[8]

Alle diese Methoden haben nur einen sehr geringen Effekt, indem die zerstörende Substanz entweder nicht bis zur Papille oder nicht einmal in den Follikel gelangt oder — wie bei der Galvanokaustik — viel zu viel Nachbargewebe zerstört, Abscesse und entstellende Narben hervorruft. Anderseits überträgt eine passende Nadel, die an dem negativen Pol einer galvanischen Batterie befestigt ist, eine Kraft, die von ihr nicht abgewischt werden kann, erzeugt keine Hitze und befindet sich jeden Augenblick unter der Kontrolle des Operateurs.

Es würde kaum nötig sein, in einer Mitteilung, welche für die *Monatshefte* bestimmt ist, zu betonen, dafs die gleich zu beschreibende Operation wirklich mittels Elektrolyse ausgeführt wird und nicht mittels Galvanokaustik, wenn ich nicht sehr gut wüfste, wieviel Mifsverständnisse über diesen Punkt herrschen.

Es ist ja bekannt, dafs Elektrolyse und Galvanokaustik zwei ganz verschiedene Dinge sind. Erstere zerstört durch chemische Wirkung, letztere durch Hitze. Die Nadel, die am negativen Pol einer konstanten Batterie hängt, ist kalt und nicht heifs. Ich mufs hierauf den gröfsten Nachdruck legen, da ich weifs, dafs Kollegen die Operation als nutzlos beiseite geschoben haben, nachdem sie den faradischen oder galvanokaustischen Apparat anstatt des konstanten Stroms benutzt hatten.

Man gebraucht zu unsrer Operation eine gute galvanische Batterie von 12—20 Elementen, eine Reihe feiner Nadeln, einen geeigneten Nadelhalter, eine Schwammelektrode und die nötigen isolierten Leitungsdrähte.

Ursprünglich empfahl ich eine sehr feine stählerne Nähnadel, welche weiter als sonst abgeschliffen ist; aber später verwandte ich mit noch gröfserem Vorteil eine sehr feine und biegsame Stahlnadel, wie sie die Zahnärzte und Juweliere gebrauchen (dentist's reamer) oder auch eine Nadel von Platin-Iridiumkomposition.[9]

Im allgemeinen hat mir die letztgenannte die besten Resultate gegeben. Sie biegt sich, aber bricht nicht und folgt dem Verlauf des Haarfollikels wie eine glatte Sonde den Wänden der Urethra. Ja noch mehr, man kann der Nadel vor ihrer Einführung jede be-

---

[8] Was die sogen. „einfache" Methode von BULKLEY betrifft, welche in der Zerstörung der Papille mittels einer dreikantigen Nadel besteht, scheint es fast, als ob B. selbst dieselbe aufgegeben habe. Bei der 4. Jahresversammlung der Amer. Derm. Ass. (*Transactions*. 1881. p. 76) sagt ein Citat: „Dr. BULKLEY empfiehlt nicht die Nadel allein, sondern kombiniert dieselbe mit der Elektrizität, und in dieser Weise wurden seine Fälle im letzten Jahre sämtlich behandelt. Die Elektrolyse sei ein sehr bedeutender Fortschritt." Man mufs auch vermuten, dafs er die feinen Nadeln der übrigen Dermatologen benutzt, denn die grofsen, dreikantigen Nadeln würden den Gebrauch der Elektrizität verbieten.

[9] Die Ahle der Zahnärzte (dentists reamer) wurde zuerst von FOX und die Iridiumplatinnadel von PIFFARD empfohlen; letzterer empfahl übrigens noch in seinem *Treatise of the Materia medica and Therapeutic of the skin* eine sehr feine Stahlnadel.

liebige Krümmung erteilen, wenn der besondere Verlauf eines Follikels eine solche erheischt. Ich bin überzeugt, dafs eine feine, steife Stahlnadel, selbst wenn sie durch „Anlassen“ erweicht ist, sehr häufig falsche Wege bahnt und die Papille verfehlt.

Sehr notwendig ist es, die Nadel bis zu einer kurzen Strecke von der Spitze ab mit einer nichtleitenden Substanz zu überziehen, um die Wirkung der Elektrolyse soviel als möglich auf die Papille allein zu beschränken.

Man kann jeden passenden Nadelhalter benutzen, der einem bequem ist und sonst gefällt. Mein Nadelhalter (s. Figur 40) läfst sich so beschreiben:

Fig. 40.

Er besteht aus einem zentralen Griff, der hohl ist und einen metallenen Draht enthält. An einem Ende desselben und an jenem Draht befestigt befindet sich eine Klammer, um den Leitungsdraht der Batterie aufzunehmen, am andren Ende eine Vorrichtung, um die Nadel zu fixieren. Dieselbe besitzt drei Finger oder Kiefer, die mit dem Leitungsstift verbunden und mit einer konischen Hülse bedeckt sind. Wenn man letztere abschraubt, können die Kiefer sich voneinander entfernen; man schiebt sodann die Nadel zwischen dieselben und schraubt die Hülse wieder nieder. Ich finde, dafs man mit einem ziemlich schweren Nadelhalter besser arbeiten kann. Der soeben beschriebene wiegt eine Unze. Dr. Unna sandte mir vor 1½ Jahren einen nach einem ähnlichen Prinzip ingeniös konstruierten Nadelhalter.[10]

Operationsmethode.

Meine jetzige Methode zu operieren, welche unter allen Umständen die befriedigendsten Resultate ergibt, ist die folgende.

Man armiert den Nadelhalter, der mit der negativen Elektrode einer galvanischen Batterie verbunden ist; eine feuchte Schwammelektrode befindet sich am positiven Pol. Der Patient sitzt in einem Stuhl mit Rücklehne, einem guten Licht gegenüber. Man führt sodann die Nadel längs des Haares, welches in situ bleibt, in den Follikel.[11] Erst nach erfolgter Einführung und nicht vorher wird der Patient angewiesen, die positive Schwammelektrode auf seine

---

[10] S. dieses Heft S. 337.

[11] Ich arbeite stets unter Zuhilfenahme einer guten Linse. Andre mit normaler Sehschärfe r auchen keine solche Vorrichtung.

innere Handfläche aufzusetzen.[12] Die Nadel wird nicht eher zurückgezogen, als bis ein schwacher Schaum um dieselbe sich entwickelt, als Zeichen, daſs die Elektrolyse im Gange ist; man unterhält diese Wirkung dann besser noch eine kurze Zeit. Um eine Erschütterung zu vermeiden, entfernt zuerst der Patient die positive Elektrode. Dann erst wird die Nadel herausgezogen, so daſs die Unterbrechung des Stromes gerade umgekehrt geschieht wie die Einleitung. Einem geübten Operateur verursacht es nicht die geringste Schwierigkeit, die Nadel direkt in die Follikelmündung einzuführen[13] und derselbe kann sich überzeugen, daſs sie unverrückt im Kanal bleibt, durch folgende Umstände:

1. Wenn die Nadel den Follikel durchbohrt und in das umgebende Gewebe gelangt, empfindet der Patient von der bloſsen Berührung mit der Nadel Schmerz, während, wenn dieselbe in die Follikelmündung eingeführt wird und sanft ihrer Schwere folgend (daher sind einigermaſsen schwere Nadelhalter vorzuziehen) auf den Grund des Follikels gleitet, derselbe von der Nadel bis zu dem Moment fast nichts gewahr wird, wenn nach Kontakt mit dem positiven Pole die elektrolytische Wirkung beginnt und sich augenblicklich durch Schmerz offenbart.

2. Das geübte Gefühl des Operateurs entdeckt ebenfalls leicht, wenn die Nadel nicht im Follikel hinabgleitet, durch den auſsergewöhnlich groſsen Widerstand im Gegensatz zu der gewöhnlich leichten Einführung.

3. In der groſsen Mehrzahl der Fälle wissen wir, daſs wir uns im Follikel befinden, durch das rasche Hervorquellen von fettigem Sekret, wenn der Strom eingeleitet ist, und zuweilen wird diese Erscheinung schon durch die bloſse Einführung der Nadel hervorgerufen, ehe der Strom geschlossen ist.

Unerfahrene Operateure ziehen oft die Nadel zurück in dem Augenblick, wo sie den Schaum bemerken, was, wie ich soeben bemerkte, zuweilen sofort geschieht, in der Idee, daſs dieses Symptom ein genügender Beweis für die Zerstörung der Papille sei. Im Gegenteil sollte man diese Wirkung stets einige Zeit unterhalten, wie lange? — ist schwer, genau zu beantworten, da die Sicherheit der radikalen Zerstörung der Papille von der Stärke des Stromes abhängt und zum Teil auch von der Gröſse und dem Sitz der Haare etc. Hier lehrt die Übung bald das richtige Maſs.

---

[12] Ich gestatte stets dem Pat., die positive Elektrode selbst zu kontrollieren, was demselben Zutrauen einflöſst und ihm erlaubt, wenn der Schmerz bedeutend ist, den Schwamm zu entfernen, anstatt vom Operateur zurückzuschnellen und event. die Nadel abzubrechen.

[13] KAPOSI (l. c.) sagt, daſs es problematisch ist, ob wir die Papille erreichen können. Selbst aus rein anatomischen Gründen ist dieser Einwand ohne Belang; aber angesichts der praktischen Resultate, die täglich von zahlreichen fähigen und gewissenhaften Beobachtern erzielt werden, ist derselbe ganz hinfällig.

Ich benutze gewöhnlich nur 12 Elemente einer frisch beschickten Batterie, steige aber nach einiger Zeit, wenn der Strom schwächer geworden ist, auf 18 bis 20 Elemente. Als allgemeine Richtschnur mufs gelten, dafs wir einen Strom benutzen, stark genug, um das gewünschte Resultat zu erzielen, ohne zu grofse lokale Störungen hervorzurufen.

Ich mufs hier bemerken, dafs die Gröfse des Schmerzes bei verschiedenen Personen sowohl wie nach der Stromstärke und der betreffenden Hautstelle sehr wechselt, und dafs derselbe, obgleich durchaus nicht ganz unbedeutend, doch auch niemals unerträglich ist. Nach einigen Sitzungen pflegt eine gewisse Toleranz einzutreten.[14]

Der unmittelbare Effekt einer Elektrolyse ist, dafs sich rund um die Follikelmündung eine Urticariquaddel bildet und ein gewisser Grad von Kongestion und perifollikulärer Exsudation. Einige Stunden später verschwindet die umschriebene Kongestion der Gewebe, während in einigen Fällen kleine Papeln oder Pusteln am Punkt der Operation zurückbleiben, die kleine rote, noch einige Wochen sichtbare Flecke hinterlassen. Wo deshalb die Haare zahlreich sind, wie auf der Lippe, pflege ich in einer Sitzung nicht mehr als 15 bis 20 Haare fortzunehmen.

Es ist wichtig den Patienten zu instruieren, die Teile mit sehr heifsem Wasser zu baden und zwar 3 bis 4 mal in den nächsten 12 Stunden nach der Operation; jede solche Applikation mufs 10 bis 15 Minuten fortgesetzt werden. Wenn diese heifsen Waschungen sorgfältig ausgeführt werden, wird die örtliche Reizbarkeit erheblich abgestumpft.

Ich lasse stets das Haar in situ, da es einen Führer abgibt für die Einführung der Nadel, die an seiner Seite hinabgleitet, und zugleich ein Kriterium des Erfolges oder Nichterfolges der Elektrolyse. Denn wenn das Haar einem möglichst leisen Zuge der Epilationspinzette folgt, wissen wir, dafs die Papille zerstört ist, während, wenn irgend welche Kraft zur Extraktion anzuwenden ist, wir dies als untrügliches Zeichen anzusehen haben, dafs die Papille verfehlt ist. Deswegen betrachte ich es als einen grofsen Fehler, das Haar auszuziehen, ehe die Nadel in den Haarbalg eingeführt ist. Ebenso verwerfe ich die Gewohnheit einiger, das Haar mit der Pinzette während der Elektrolyse anzufassen, da leicht ein zu grofser Zug unabsichtlich ausgeübt wird, ehe das Haar genügend gelockert ist. Wenn das Haar nicht einem ganz leisen Zuge folgt (oft kommt es von selbst mit der Nadel heraus), so kann man das Instrument noch einmal einführen, obgleich ich aus Furcht vor zu starker Reizung lieber eine andre Gelegenheit dazu abwarte.

---

[14] Einreibungen mit Kokainoleat haben in meinen Händen nicht so gut gewirkt, wie sie nach andrer Erfahrungen gethan zu haben scheinen.

Man thut gut, dem Patienten klar zu machen, dafs diese Operation durchaus nicht die Neigung zur Produktion neuer Haare beseitigt, da dieselbe natürlich nur die bereits existierenden Haare zu beseitigen vermag. Jedoch glaube ich mich nach meiner persönlichen, reichen Erfahrung berechtigt zu behaupten, dafs auch kein Grund vorhanden ist zu glauben, die Neubildung junger Haare werde durch die Operation befördert. Man mufs in dieser Hinsicht auch bedenken, dafs nach der Entfernung einer grofsen Menge dicker Haare die kleineren Flaumhaare viel mehr hervortreten und zu der Meinung Veranlassung geben können, dieselben wären vorher gar nicht da gewesen.

Ich glaube, dafs die Statistik eine durchaus haltbare ist, dafs 80—90 % der Haare nach der ersten Operation ein für allemal vernichtet sind, natürlich vorausgesetzt, dafs die Arbeit geduldig, geschickt und mit möglichst guten Instrumenten ausgeführt wurde. Haare, welche wieder wachsen, müssen von neuem operiert werden.

Es erübrigt jetzt nur noch die Besprechung einiger allgemeinen Gesichtspunkte, die mit der Prozedur verknüpft sind.

Zunächst mufs der Arzt mit grofser Geduld und Beharrlichkeit ausgerüstet sein; denn ohne diese Eigenschaften ist kein nennenswerter Erfolg zu erzielen. Da wir so wenig wie möglich örtliche Reize hervorrufen wollen, so müssen wir langsam vorgehen, und in dieser Weise können Monate über die Entfernung einer Hirsuties von einiger Ausdehnung hingehen. Ich warne ausdrücklich gegen die zu rasche Wiederholung der Elektrolyse. Man sollte den entzündeten Geweben Zeit lassen, wieder in den normalen Ruhezustand zurückzukehren; um Zeit zu sparen, möge man jedoch inzwischen eine noch unberührte Hautstelle zu weiterer Arbeit aussuchen. Ich wiederhole, dafs nach gehörigen heifsen Waschungen nur selten die Haut eines Patienten eine stärkere Reaktion zeigt, und dafs die Haut gewöhnlich eine auffallende Toleranz gegen diesen Eingriff gewinnt.

In der Mehrzahl der Fälle, wo die geeigneten Vorsichtsmafsregeln beobachtet worden sind, kann man nach einigen Monaten keine Narben bemerken, aufser bei genauester Inspektion. In den letzten Wochen habe ich in bezug auf diesen Punkt eine Anzahl früherer Patienten von mir untersucht. Die Narben, die resultieren, sind von Stecknadelkopfgröfse oder etwas gröfser, ganz weifs und in einigen Fällen nur durch Anspannen der Haut überhaupt sichtbar zu machen.

Eine geringe vorübergehende Pigmentation mag auf die Operation folgen. Ich habe sie nie längere Zeit persistieren sehen und dieselbe überhaupt selten beobachtet. Ganz vereinzelt tritt auch eine unbedeutende Blutextravasation unter der Haut auf infolge der Ver-

letzung kleiner Gefäfse; dies ist natürlich bei einer durchaus regelrechten Elektrolyse ausgeschlossen.

Niemals habe ich die unglücklichen Resultate einiger europäischen Kollegen[15] beobachtet und halte dieselben bei einem vollen Verständnis der Operation auch nicht für möglich. Bei den meisten Haaren genügt eine einzige Einführung der Nadel zur Zerstörung des Haares; aber gelegentlich ist nur ein Teil der Papille zerstört und ein Flaumhärchen ercheint nach einigen Wochen an Stelle des alten Haares, welches natürlich dann noch einmal operiert werden mufs.

Über Impfungen mit Gemischen von humanisierter Vaccine-Lymphe und antiseptischen Flüssigkeiten.

Von

Dr. P. Michelson

in Königsberg i. Pr.

In den Verhandlungen der deutschen Kommission zur Beratung der Impffrage ist darüber diskutiert worden, ob es möglich sei, Vaccine, unbeschadet ihrer Wirksamkeit, durch entsprechende Zusätze aseptisch zu machen.

Nach dem in No. 157, S. 224) des XIV. Jahrgangs des *Ärztlichen Vereinsblattes* abgedruckten Protokoll äufserte Geheimrat Dr. v. Conta:

„Es ist ferner gesagt worden, es lasse sich ja die Verimpfung unter antiseptische Kautelen stellen. Ich mufs gestehen, ich habe keinen rechten Begriff davon, wie das geschehen soll. Nach meinen Erfahrungen bezw. nach dem, was ich von den Beobachtern darüber gehört habe, hat z. B. die Karbolsäure einen nachteiligen Einflufs auf die Wirkung der Vaccine. In Eulenbergs *Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens* findet sich ein Artikel von Lothar Meyer, wonach dieser angibt, dafs Lymphe mit 2% Karbolsäure versetzt keine Wirkung gehabt habe, während dieselbe Lymphe ohne Karbolsäure vollständig normale Impfpusteln bewirkt habe;

---

[15] Wie schon bemerkt bin ich überzeugt, dafs manche die Galvanokaustik statt der Elektrolyse benutzten. Dieser Irrtum ist zweifellos durch die Arbeit von H. Heitzmann über dieses Thema entstanden. Sein Vortrag vor der Amer. Derm. Ass. lautete: „Über Akido-Galvanokaustik (Elektrolysis) als Epilationsmethode." In demselben suchte er zu beweisen, dafs der Ausdruck „Elektrolysis" unpassend sei, da die Papille in Wirklichkeit durch Galvanokaustik zerstört werde. Diese Ansicht war, obgleich mifsverständlich für andre, für ihn selbst nur ein Theorem, da ich weifs, dafs er sich keines galvanokaustischen Apparates, sondern eines gewöhnlichen galvanischen bei seinen Operationen Lediente. Seine These wurde damals von Dr. White u. a. in Zweifel gezogen. Ich kann nur noch einmal zu gunsten der Operation betonen, dafs Elektrolyse und Galvanokaustik himmelweit verschiedene Dinge sind.

mit 1½ % sei eine Wirkung noch eingetreten. Ferner habe ich in den letzten Impfberichten gefunden, dafs ein sehr tüchtiger Impfarzt in Eisenach berichtet, er habe die Beobachtung gemacht, dafs die auf Stäbchen gebrachte Lymphe, die in Reagensgläschen verwahrt worden, welche mit Karbolwatte verschlossen waren, ihre Wirksamkeit verloren habe. Ich will zugeben, die Versuche sind nicht sehr zahlreich, und wahrscheinlich werden wir aus dem Reichsgesundheitsamte von kompetentester Seite Näheres darüber hören können. Ich habe aber bis jetzt solche Resultate noch nicht gefunden und möchte mir deshalb den Zweifel wohl erlauben, ob es ein antiseptisches Mittel gibt, welches alle andern schädlichen Pilze und Infektionsstoffe zerstört, ohne der Wirksamkeit des Vaccinegiftes zu nahe zu treten."

Allein aufser den von Geheimrat v. Conta angeführten Versuchen existiert in der deutschen Fachlitteratur eine nicht unbeträchtliche Zahl anderweitiger Angaben über die Ergebnisse von Impfungen mit Gemischen von humanisierter Vaccinelymphe und antiseptischen Stoffen. Ja, aus Potts (7) Mitteilungen ersieht man, dafs im Jahre 1881 bereits das Provinzial-Impfinstitut zu Halle a. S. fast ausschliefslich Thymollymphe verwendete.

Zweck der folgenden Zusammenstellung ist es, die vorerwähnten Beobachtungen der Vergessenheit zu entreifsen, der sie, wie es scheint, etwas vorzeitig anheimzufallen drohen.

Als ich (1) vor nunmehr 13 Jahren mit karbolisierter Lymphe zu experimentieren begann, ging ich keineswegs von dem Gedanken aus, dafs es möglich sein werde, die Lymphe von andern Infektionsträgern zu befreien, ohne den Impfstoff selber zu zerstören, sondern es war meine Absicht, die antiinfektiösen Eigenschaften der Karbolsäure, die damals noch nicht so vielseitig studiert waren, als heute, an einem „typischen Infektionsstoff" zu prüfen.

Es wurden Impfversuche mit Lymphe gemacht, deren Gehalt an kristallisierter Karbolsäure ½, 1, 1½ und 2 % betrug und gefunden, dafs erst diese letztere Mischung den Impfstoff vernichtet, die schwächeren Konzentrationen dagegen die Entwickelung einer Impfpustel von normalem Aussehen, aus der mit Erfolg weitergeimpft werden konnte, nicht verhinderten. — Da nach Hoppe-Seylers Angaben (*Medicin.-chem. Unters.* Heft IV) in Flüssigkeit von 1 %igem Karbolsäuregehalt keine niederen Organismen mehr leben können, das Vaccinekontagium bei 1½ %igem Karbolgehalt aber noch wirksam blieb, so zog ich den Schlufs, dafs die in der Lymphe vorkommenden Pilze nicht als Träger des Infektionsstoffes zu betrachten sind.

Arnold Hiller (2) und Lothar Meyer (3 und 4), welche einige Jahre später meine Versuche wiederholten, bestätigten die Richtigkeit der Angabe, dafs Vaccine erst bei einem 2 %igen

Karbolsäuregehalt unwirksam wird; letzterer sah bei Impfungen mit 1½ %iger Karbolsäurelymphe noch normale Pusteln entstehen; A. Hiller gibt an, dafs ein 1—1½ %iger Zusatz von Karbolsäure die Kontagiosität der Pockenlymphe, wenn auch nicht aufhebe, so doch schwäche.

Hermann Koehler (5) und E. R. Kobert (6) in Halle waren die ersten, welche in der Absicht, die Qualität der Lymphe zu verbessern, antiseptische Zusätze zur Vaccine machten, und zwar benutzten sie ein Gemisch von Thymollösung 1 : 1000 aq. mit frischer Vaccinelymphe etc. Man dürfe, sagt Koehler in seiner vorläufigen Mitteilung, davon fest überzeugt sein, dafs dieser Thymolgehalt der Lymphe, ohne der Entwickelung der Vaccinepusteln Eintrag zu thun, doch eine genügende desinfizierende Wirkung ausübe; phlegmonöse Erscheinungen seien nach der Impfung mit Thymollymphe nicht ein einziges Mal aufgetreten, wohl aber werde durch den Thymolzusatz jeder Zersetzung der Lymphe unter Einfluss von Luftzutritt, Feuchtigkeit und Steigerung des Wärmegrades der atmosphärischen Luft ebenso sicher wie energisch vorgebeugt.

E. R. Kobert leitete bald darauf seine ausführlichere Publikation über thymolisierte Vaccinelymphe mit der Bemerkung ein, „dafs die Thymolisierung der Lymphe das nicht ist, was manche vielleicht vermuten, nämlich ein Mittel, absolut jeder Zersetzung vorzubeugen.“

Die Art, wie die Mischung von Vaccinelymphe und Thymollösung ausgeführt werden soll, ist nach Kobert folgende: Die, dem Arm entnommene, in einem Kapillarrohr aufgefangene Lymphe wird entweder sogleich oder wenigstens in den ersten 12 Stunden nach ihrer Entnahme in ein Uhrglas geblasen, das leere Röhrchen mit Thymollösung gefüllt und in dasselbe Uhrglas ausgeblasen. Die so entstandene Mischflüssigkeit ist mit einer neuen, noch zugeschmolzenen Kapillare 1—2 Minuten emsig durcheinanderzurühren, wobei sich beträchtliche Flocken geronnenen Fibrins ausscheiden, bei ihrem Ausscheiden „alle sonstigen Fremdkörper mit sich niederreifsen“ und schliefslich sich an der rührenden Kapillare fest ansetzen. Diese sämtlichen Coagula sind sorgfältig zu entfernen und nur die zurückbleibende, meist völlig klare, selten opaleszierende, weifslichgelbe oder farblose Flüssigkeit ist zur Impfung zu verwerten.

Übrigens stellt die Verdünnung mit gleichen Teilen Thymollösung 1 : 1000 nach Kobert noch lange nicht die äufserste Grenze der Dilution dar, bis zu welcher man gehen darf. Vielmehr liefert ein Gemisch von 1 Tl. Lymphe mit 2 Tln. Thymollösung (1 : 1000) noch ganz sichere, ein Gemisch von 1 Tl. Lymphe mit 3 Tln. derselben Solution noch immerhin brauchbare Resultate.

In der nach obiger Vorschrift präparierten Thymollymphe, und zwar unabhängig von ihrem Alter, wurden öfters Bakterien vor-

gefunden, „besonders da, wo ein mangelhafter Verschluſs der Röhrchen oder eine Trübung des Inhalts nachweisbar war.“ Auf den Erfolg der Impfung hatte die Anwesenheit der Bakterien keinen sichtbaren Einfluſs. — Fäulnispilze gelangten niemals zur Beobachtung.

Die Thymollymphe „erzeugt etwas andre Pocken, als die mit Fremdkörpern behaftete, d. h. nicht die ganzen Impfschnitte gehen in eine groſse, mit hohem Fieber verlaufende Eiterung über, sondern auf jedem Schnitte bilden sich 1—3 kreisrunde, sehr schöne Pocken mit mäſsiger Areola, ohne daſs der Arm in weiter Umgebung geschwollen, schmerzhaft und stark gerötet wäre.“ (KOBERT.)

Drei Jahre später, als KOEHLER und KOBERT, trat ein andrer Hallenser Dozent, RICHARD POTT (7) mit einer groſsen Reihe weiterer „Impfversuche mit aseptischer Vaccinelymphe“ an die Öffentlichkeit. Der Verlauf der Vaccination wurde von POTT gemeinsam mit seinem Schüler FREY (8) auf das sorgfältigste kontrolliert.

Bei diesen Versuchen kam zur Verwendung:

1. Wässerige Thymollösung 1 : 1000
2. Karbolwasser 1—5 : 100
3. Salicylwasser 1,0 : 300
4. Borwasser 3,5 : 100

} und humanisierte frische Lymphe aa.

In seinen Beobachtungsergebnissen glaubt R. POTT den „zweifellosen Beweis“ dafür gefunden zu haben, daſs die Haftbarkeit und Schutzkraft der Vaccine in keiner Weise durch die Mischung mit obigen antiseptischen Lösungen, abgesehen von 5%igem Karbolzusatz[1] zerstört wird. Er macht ferner auf folgende Punkte aufmerksam, deren Bestätigung allerdings nur durch nach tausenden zählende Kontrollversuche „absolut“ sicher gestellt werden könne:

1. Das in der Lymphe enthaltene „erysipelatöse Gift“ werde „vielleicht“ durch Zusatz von antiseptischen Lösungen zerstört und vaccinale Früherysipele werden vermieden.

2. Die aseptische Lymphe lasse sich voraussichtlich Jahre lang aufbewahren, ohne zu verderben.

3. Die Lymphe sei dünnflüssiger, enthalte keine Fibringerinnsel und lasse sich daher für mehr als doppelt so viel Impfungen ausnutzen, als das gleiche Quantum reiner Lymphe.

[1] Meine, A. HILLERs und LOTHAR MEYERs Impfversuche mit karbolisierter Lymphe waren POTT unbekannt geblieben.

Während in POTTS vorläufiger Mitteilung besonders Bor- und Thymollymphe aufs angelegentlichste empfohlen wurden, kommt FREY (S. 33) zu dem Schlufs, dafs von den angewandten Antisepticis Thymol- und Karbolsäure die geeignetsten seien. „Weder zerstören sie, in der angegebenen Konzentration gebraucht, die Wirksamkeit der Lymphe, noch bereitet ihre Anwendung den Impflingen besondere Schmerzen, sondern sie bieten im Gegenteil mehrere Vorzüge. Die Entwickelungszeit der Pocken wird abgekürzt; dieselbe beginnt später und die nach dem siebenten Tage entnommene Lymphe zeigt sich schon eiterhaltig und trübe. Das Fieber wird herabgesetzt und ist von kurzer Dauer und die entzündliche Schwellung des Armes geringer."

Die in FREYS Dissertation enthaltenen, mit aufserordentlichem Fleifse und dankenswerter Objektivität geführten Protokolle über den Vaccineverlauf bilden ein wichtiges Belagmaterial für die im vorstehenden besprochenen mehr summarischen Angaben der Autoren.

Über den Verlauf von Impfungen mit Thymollymphe finden sich zwei genaue Beobachtungen: ANNA SCHERNECK, geboren am 26. 9. 80, geimpft am 14. 6. 81 mit vorjähriger Thymollymphe, hatte am sechsten Tage nach der Impfung eine Morgentemperatur von 40,1, eine Abendtemperatur von 40,6, am siebenten Tage eine Morgentemperatur von 40,2, eine Abendtemperatur von 40,3; an diesem Tage hat „die entzündliche Rötung und Schwellung einen hohen Grad erreicht und erstreckt sich über die Vorderseite des Oberarmes; die betreffenden Stellen fühlen sich hart und heifs an, die Bläschen sind sehr stark gefüllt." . . .

CLARA STEGMANN, geboren am 29. 9. 80, wurde am 14. 6. 81 mit Thymollymphe geimpft. Das Protokoll des neunten Beobachtungstages lautet: Morgentemperatur 40,0, Abendtemperatur 39,3. „Die Entzündung hat einen hohen Grad erreicht und erstreckt sich über die Hälfte des Oberarmes; die betreffende Stelle fühlt sich sehr heifs und hart an; sehr dicke Borken."

Aus den drei Protokollen über Impfungen mit Borlymphe entnehme ich:

MAX. SCHWEDLER, geboren am 11. 6. 79, geimpft am 21. 6. 81 mit frisch entnommener Lymphe, die mit Borwasser versetzt wurde. Achter Tag der Beobachtung: Morgentemperatur 39,2, Abendtemperatur 40,2. „Die Entzündung hat die Hälfte des Oberarmes ergriffen, die glänzende gespannte Haut fühlt sich sehr hart und heifs an. Dabei entleeren die Pusteln immer noch eine Menge seröser eiteriger Flüssigkeit."

OTTO RIEGEL, geboren am 29. 8. 80, geimpft am 21. 6. 81 mit derselben Lymphe wie MAX SCHWEDLER. Achter Beobachtungstag: Morgentemperatur 39,4, Abendtemperatur 39,6. „Die entzündliche Röte und Schwellung (die am Tage vorher bereits handteller-

grofs war) hat noch zugenommen, die Haut fühlt sich gespannt, heifs und hart an. Unter den gelben Borken sickert noch immer Lymphe mit Eiter gemischt hervor."

Marie Hoffmann, geboren am 1. 8. 80, geimpft mit derselben Lymphe wie Max Schwedler und Otto Riegel. Achter Beobachtungstag: Morgentemperatur 39,4, Abendtemperatur 39,5. „Die Entzündung hat die Hälfte des Oberarmes ergriffen, die Haut fühlt sich heifs und infiltriert an und sieht fettglänzend aus; die Eiterpusteln (aus denen am Tage zuvor zehn Kapillaren Lymphe entnommen waren) nässen noch.

Hiermit übereinstimmend heifst es in Freys zusammenfassender Schilderung des Verlaufs bei der Impfung mit Borlymphe: „Die entzündliche Infiltration der Haut begann schon am siebenten Tage bedeutende Dimensionen anzunehmen, nahm am folgenden Tage noch zu, an welchem sich der ganze Oberarm bretthart, heifs und geschwollen anfühlte."

Dafs ein schwächerer, den Impfstoff noch nicht paralysierender Gehalt der Lymphe an Karbolsäure den Vaccinationsprozefs etwas milder ablaufen läfst (geringeres Fieber, geringere örtliche Entzündung), als bei der Impfung mit reiner, frischer humanisierter Lymphe, kann ich aus eigner Erfahrung bestätigen. Ebenso wie bei der Impfung mit älterer, eine Reihe von Monaten aufbewahrter unvermischter Lymphe scheint mir indes dieser mildere Verlauf der symptomatische Ausdruck einer Abschwächung des Contagiums zu sein und halte ich die Frage, ob dieser Abschwächung eine Verringerung der der Vaccine innewohnenden Schutzkraft entspricht, für noch nicht entschieden. In dem Zustandekommen der Pustelbildung liegt noch kein sichrer Beweis dafür, dafs der Organismus hinreichend gegen Variola geschützt ist.

Auch sonst haben meines Erachtens einige der neueren Autoren zu weit gehende Schlufsfolgerungen an ihre hier erörterten Impfversuche geknüpft; schon in dem Namen „aseptische Lymphe" liegt eine petitio principii.

Doch möge der Leser sich durch das Studium der Arbeiten von Koehler, Kobert, Pott und Frey und durch Nachprüfung der von ihnen befürworteten Methoden selbst ein Urteil darüber bilden, ob man, auch bei voller Kenntnis des Inhalts dieser Arbeiten, noch bezweifeln darf, „dafs es ein antiseptisches Mittel gibt, welches alle andern schädlichen Pilze und Infektionsstoffe zerstört, ohne der Wirksamkeit des Vaccinegiftes zu nahe zu treten."

Hier sei nur noch hervorgehoben, dafs auch die neue, von dem verdienstvollen Hamburger Ober-Impfarzt Leonhard Voigt angegebene (9) Methode der Konservierung animaler Vaccine einen Thymolzusatz vorschreibt; welche Bedeutung demselben vindiziert wird, ist allerdings in der betreffenden Abhandlung nicht gesagt.

Litteratur.

1. Paul Michelson, *Ueber die Einwirkung der Carbolsäure auf den Impfstoff. Arch. f. Dermat. u. Syphilis.* Jahrg. 4. 1872. S. 149. — 2. Arnold Hiller, *Untersuchungen über das Contagium der Kuhpocken. Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.* Jahrg. 14. 1876. S. 371. — 3. Lothar Meyer, *Deutsche medicinische Wochenschrift.* Bd. VI. 1880. No. 48. S. 639. — 4. Derselbe, Hermann Eulenbergs *Handbuch des öffentlichen Gesundheitswesens.* Berlin 1881. Bd. I. S. 387. — 5. Hermann Koehler, *Ueber thymolisierte Vaccinelymphe. Deutsche Ztschr. f. prakt. Medic.* Jahrg. 1878. No. 21. — 6. E. R. Kobert, Dasselbe Thema. Ebenda. No. 29. — 7. Richard Pott, *Impfversuche mit aseptischer Vaccinalymphe. Jahrb. f. Kinderheilkunde.* Bd. XVII. 1881. S. 172. — 8. Hugo Frey, *Ueber den Vaccineverlauf bei Impfungen mit aseptischer Lymphe.* Inaugural-Dissertation. Halle a. S. 1881. — 9. Leonhard Voigt, *Beitrag zur Abschaffung der humanisierten und zur alleinigen Verwendung der animalen Impflymphe. Deutsche medicinische Wochenschrift.* 1885. No. 12.

Beiträge zur Pathologie und Therapie der Schankerbubonen.

Von

Prof. Dr. V. Janowsky,

Vorstand der dermatologisch-syphilidologischen Klinik an der böhmischen medizinischen Fakultät in Prag.

(Schlufs.)

Wir kommen nun zu den statistischen Zusammenstellungen resp. zur Zusammenstellung der Heilungsdauer der einzelnen Bubonen bei der Anwendung des Okklusivverbandes. Es ist wohl selbstverständlich, dafs zur entsprechenden Beurteilung des Wertes einer therapeutischen Methode nur jene Statistik einen Anspruch auf Verläfslichkeit bieten kann, welche mit ziemlich gleichen Grundwerten operiert. Wir geben daher in folgendem auch nur eine auf jenen Fällen fufsende Statistik, wo unter dem bekannten Bilde zum Schlusse der zweiten oder in der dritten Woche die Erscheinungen einer Leistendrüsenentzündung auftraten, und wo in zwei Fällen die Punktion mit nachfolgendem antiseptischen Okklusivverbande, in den übrigen Fällen der Schnitt mit nachfolgendem antiseptischen Okklusivverbande zur Eröffnung der Abscefshöhle benutzt wurde. Aus diesem Grunde ist auch der in der ersten Tabelle erwähnte Fall, welcher 137 Tage zur Heilung brauchte, eigentlich nicht zu verwenden, da es sich in diesem Falle, wie weiter unten ersichtlich, um tiefgreifende Fistelgänge handelte, mit welchen der Patient in das Krankenhaus eintrat. Die Berechnung der Behandlungsdauer geschah daher exklusive den erwähnten Fall. Die folgende erste Tabelle umfafst diejenigen Fälle, welche vom 1. Januar 1882 bis 31. Dezember 1884 mit antiseptischen Okklusivverbänden behandelt wurden und in die Kategorie der früher erwähnten Bubonen fallen. Hier trat die Heilung auf:

nach	3	Tagen	in	1	Falle	(Punktion)[1]
„	5	„	„	1	„	„
„	6	„	„	2	Fällen	(Schnitt)
„	7	„	„	1	Falle	„
„	8	„	„	2	Fällen	„
„	9	„	„	1	Falle	„
„	10	„	„	3	Fällen	„
„	11	„	„	8	„	„
„	15	„	„	11	„	„
„	16	„	„	3	„	„
„	17	„	„	3	„	„
„	19	„	„	4	„	„
„	20	„	„	3	„	„
„	21	„	„	3	„	„
„	23	„	„	2	„	„
„	24	„	„	2	„	„
„	25	„	„	4	„	„
„	26	„	„	2	„	„
„	27	„	„	1	Falle	„
„	28	„	„	1	„	„
„	30	„	„	4	Fällen	„
„	35	„	„	2	„	„
„	37	„	„	1	Falle	„
„	38	„	„	2	Fällen	„
„	42	„	„	1	Falle	„
„	46	„	„	2	Fällen	„
„	47	„	„	2	„	„ [2]
„	60	„	„	1	Falle	„
„	67	„	„	2	Fällen	„
„	71	„	„	1	Falle	„ [3]
„	84	„	„	1	„	„
„	137	„	„	1	„	„ [4]

[1] Hier handelte es sich um kleine Drüsenabscesse bei vollkommen intakter Haut; dieselben wurden nach der Methode von AUSPITZ punktiert, Jodoformgelatinestäbchen eingelegt, über die Punktionsöffnung eine Lage von Jodoformgaze (50 %) gebreitet und der weitere Verband genau so angelegt, wie dies oben bei der Methodik des typischen Jodoformverbandes angegeben ist.

[2] Hier handelte es sich um doppeltseitige Bubonen, ferner um zwei Fälle, welche spät in das Krankenhaus gekommen, bereits unterminierte Ränder aufwiesen, welche mit der COOPERschen Schere abgetragen werden mußten, und so eine längere Heilungsdauer erforderten.

[3] In diesen beiden Fällen lagen ausgedehnte Unterminierungen sowie weitgehende Fistelgänge vor, welche vor dem Eintritt des Kranken und vor der Eröffnung des Abscesses entstanden waren, im zweiten Falle war eine Entfernung einiger Drüsenpakete notwendig, woraus die längere Krankheitsdauer zu erklären ist.

[4] In diesem Falle, dessen ich schon oben Erwähnung that, handelte es sich um einen 32jährigen Musikanten, bei welchem die Affektion bereits ein Jahr dauerte. Demselben wurde in einer andren Krankenanstalt der Bubo mit einem kleinen Schnitte eröffnet und die Höhle mit Salicylsäure ausgestopft. Es trat hierauf eine ausgedehnte Zerstörung der Haut ein, es bildeten sich Fistelgänge, welche bis auf 10—12 cm nach der Innenseite des rechten Oberschenkels ausliefen und nach rückwärts bis gegen die Glutealgegend zu reichten. Alle diese Fistelgänge wurden gespalten, unterminierte Hautdecken abgetragen und nach 137 Tagen der Kranke vollkommen gesund entlassen.

Fassen wir nun in diesen Fällen — den letzten Fall exklusive — die Behandlungsdauer zusammen, so bekommen wir ein Mittel von 23,5 Tagen, eine Zahl, welche sich nahezu mit PETERSENS Zahl deckt.

II. Tabelle. Diese Tabelle umfafst die vom 1. Januar 1885 bis Ende Mai d. J. behandelten Fälle; sie umfafst 24 Fälle.

1.	Fall:	Heilung	in	10	Tagen
2.	„	„	„	38	„
3.	„	„	„	12	„
4.	„	„	„	17	„
5.	„	„	„	21	„
6.	„	„	„	23	„
7.	„	„	„	16	„
8.	„	„	„	20	„
9.	„	„	„	30	„
10.	„	„	„	29	„
11.	„	„	„	21	„
12.	„	„	„	8	„
13.	„	„	„	16	„
14.	„	„	„	15	„
15.	„	„	„	6	„
16.	„	„	„	25	„
17.	„	„	„	15	„
18.	„	„	„	16	„
19.	„	„	„	50	„ [5]
20.	„	„	„	35	„ [6]
21.	„	„	„	16	„
22.	„	„	„	58	„ [7]
23.	„	„	„	26	„
24.	„	„	„	19	„

Ziehen wir das Mittel aus diesen so viel als möglich gleichartigen Fällen von Bubonen, so resultiert daraus als mittlere Heilungsdauer die Zahl von 22,5 Tagen. — Ziehen wir aus der soeben mitgeteilten statistischen Zusammenstellung ein Resumé, so kann dieses blofs die Erfahrungen PETERSENS über die ausgezeichnete Wirkung des Okklusivverbandes bestärken und daher denselben als die bisher beste Methode der Behandlung der Schankerbubonen kennzeichnen. Es steht dem Verfasser dieser Arbeit leider das Material von früheren Zeiten — wo die Bubonen mittels Punktion und Auflegen von Scharpiebäuschen, welche in Calc. chlorat. getaucht waren, behandelt wurden — nicht

[5] Die Ränder stark unterminiert, werden mit der COOPERschen Schere abgetragen; Grund und Ränder bieten ein exquisit schankröses Aussehen. — Jodoformverband.

[6] Doppeltseitiger Bubo. Die Onkotomie auf der linken Seite 10 Tage später als links.

[7] Doppeltseitiger Bubo mit unterminierten Rändern; Abtragung der Ränder, Moostorfverband am 5. Tage exquisit schankröses Aussehen der Wunde, Rakklage, Drüsenexstirpation.

in der Ausdehnung zur Disposition, wie dies wünschenswert wäre. Jedoch aus einer Reihe von 60 Fällen, welche in den Jahren 1870 und 1871 auf der jetzt vom Verf. geleiteten Abteilung behandelt wurden, ergibt sich eine mittlere Heilungsdauer von 59 Tagen, währenddem PETERSEN bei 12 Patienten, welche ohne Druckverband behandelt wurden, 53,8 Tage als Durchschnittszahl der Heilungsdauer angibt. Hier läfst sich wohl wirklich das Diktum anwenden, dafs Zahlen die besten Beweise für die Güte einer Methode bringen, welche schon a priori durch die Kongruenz ihrer Prinzipien mit den jetzt geltenden allgemeinen chirurgischen Grundsätzen ein gutes Resultat erwarten läfst. Bemerkt mufs werden, dafs wir in sämtlichen Fällen keine Komplikationen konstatieren konnten; weder ein Erysipel noch tiefer gehende phlegmonöse Erscheinungen, noch ausgedehnte Fisteln wurden beobachtet. Die Bubonen verliefen, können wir sagen, vollkommen komplikationslos.

Und nun kommen wir zur Beantwortung der Frage, welche FUNK an diejenigen Kollegen gerichtet hat, welche mit Okklusivverbänden behandelten, ob nämlich Bubonen unter dem Okklusivverbande schankrös werden. — Wir wollen den Resultaten, welche sich aus unsren Beobachtungen ergeben, kurz einige Worte vorausschicken. Was die bakteriellen Befunde und Impfungen STRAUSS' anbelangt, so fallen dieselben gewifs nicht sehr in die Wagschale, es ist ja bekannt, wie lange Zeit verstrich, ehe KOCHS bahnbrechende Entdeckung den Bacillus der Tuberkulose als das charakteristische Moment in der Ätiologie und Pathologie dieser Affektion nachwies. Und wenn wir uns auf dem engeren Gebiete unsrer Spezialdisziplin umsehen, so datiert ja die Entdeckung NEISSERS der Gonokokken des Trippers erst aus jüngerer Zeit, und auch nach den Bacillen der Syphilis wurde lange gefahndet, ehe nach mühevollen Untersuchungen LUSTGARTEN das konstante Vorkommen eines Bacillus bei der Syphilis nachwies, dessen ätiologische Rolle freilich erst zu beweisen ist. Ähnlich verhält es sich wohl mit den Forschungen nach einer mikroorganischen Morphe des weichen Schankers. Bisher fielen alle Kulturversuche negativ aus, und der Verfasser dieser Zeilen selbst, welcher im Verein mit Prof. HLAVA durch lange Zeit auf den verschiedenartigsten Nährböden, in der Eprouvette und mittels Plattenkulturen genau nach KOCHS Vorschriften die Sekrete des weichen Schankers und teilweise auch der Bubonen kultivierte, konnte nie zu einem entscheidenden Resultate gelangen, nie einen spezifischen Mikroorganismus als die dem weichen Schanker und dem hierbei entstehenden Bubo zukommende Morphe nachweisen. Wohl traten Formen auf, wie sie ROSENBACH und in neuester Zeit PASSET beschreibt, meist in Form von Staphylokokken, ohne dafs jedoch ein wohl charakterisierter, stetig wiederkehrender und rein zu kultivierender Mikroorganismus sich hätte nachweisen lassen. Es

erscheinen daher die von dieser Seite ins Treffen geführten Argumente Setauss' nicht als glückliche Waffen gegen die Anhänger der alten Ricordschen Ansicht.

Anders verhält es sich aber mit der von Funk gestellten Frage. Wenn wir die hier mitgeteilten Fälle von mit antiseptischen Okklusivverbänden behandelten Bubonen durchgehen, so finden wir in 102 Fällen bloſs 3 Fälle, wo die Wunde ein schankröses Aussehen bot. In der ungeheueren Mehrzahl der Fälle blieb diese Komplikation aus, die Ränder und die Basis boten normale Verhältnisse, granulierten rein, und Impfungen, welche mit dem Sekrete in einigen Fällen gemacht wurden, fielen stets negativ aus. Vergleichen wir damit die Häufigkeit des Auftretens der schankrösen Beschaffenheit der Drüsenbubonen in jenen Fällen, welche nicht mit antiseptischen Okklusivverbänden behandelt wurden, so müssen wir wieder zurückgreifen auf die Zeit, in welcher die Bubonen auf die früher angegebene Art und Weise operiert und verbunden wurden. Hier zeigt sich in den 60 früher erwähnten Fällen die Umwandlung des Bubo in ein Schankergeschwür 18 mal, eine Zahl, welche also fast ein Drittel sämtlicher behandelten Bubonenfälle betrifft. Auf Grundlage dieser Beobachtungen läſst sich die Ansicht nicht von der Hand weisen, daſs in einer groſsen Anzahl von Fällen, ja vielleicht in der weitaus gröſsten Zahl, die Abscefshöhle des Bubo nur durch Hineingelangen der Sekrete des weichen Schankers resp. durch Verunreinigung mit denselben infiziert wird, währenddem ein gut angelegter Okklusivverband in den weitaus meisten Fällen eine solche Infektion verhindert; hier sprechen unsre Zahlen gewiſs deutlich genug. Anderseits läſst es sich aber für eine, wie uns scheint, bedeutend geringere Anzahl von Fällen nicht von der Hand weisen, daſs auch auf dem Wege der Resorption das Schankervirus in unveränderter Kraft in die Abscefshöhle gelangt und infolgedessen ein Schanker entsteht. Dies würden besonders jene 2 Fälle nachweisen, wo der Okklusivverband mit derselben Sorgfallt wie in allen andern Fällen angelegt war und die Schankergeschwüre zu jener Zeit auſserordentlich minim und faſst vollkommen verheilt sich präsentierten. — Die Entscheidung dieser Frage wird wohl der Zukunft vorbehalten bleiben müssen, und der Schwerpunkt dürfte in exakten Untersuchungen nach der Ätiologie, besonders in der Modifikation verschiedener Färbe- und Kulturmethoden für die eventuellen Mikroorganismen des weichen Schankers liegen. Soviel scheint aber heute nach den Ergebnissen der Arbeiten von Petersen und Funk nach den von uns mitgeteilten Resultaten festzustehen, daſs

1. der antiseptische Okklusivverband die beste Behandlungsmethode für Schankerbubonen abgibt, indem derselbe die Heilungsdauer gegen andre Behandlungsmethoden um ein bedeutendes reduziert;

2. tritt unter dem Okklusivverbande das Schankröswerden des Bubo unendlich seltener auf als bei andern Behandlungsmethoden.

Von der Ausstellung zu Kopenhagen.

Nadelhalter zur elektrolytischen Behandlung der Haarbälge.

Mit 4 Abbildungen.

Nachstehende Abbildung zeigt einen metallenen Nadelhalter einfachster Form von der Firma Caswell, Hazard & Cie. (N. Y.). Zwei federnde Bisse nehmen die Nadel auf und werden durch einen verschiebbaren Ring aneinander gepreſst, wodurch die Nadel fixiert wird. —

Fig 41.

Folgender Nadelhalter Piffards ist derselbe wie der in voriger Figur, jedoch verbessert durch Anbringung einer Lupe. Diese letztere hat die Aufgabe, ein flaches Gesichtsfeld von möglichst groſsem Umfange zur Beobachtung zu bringen, weshalb die sphärische

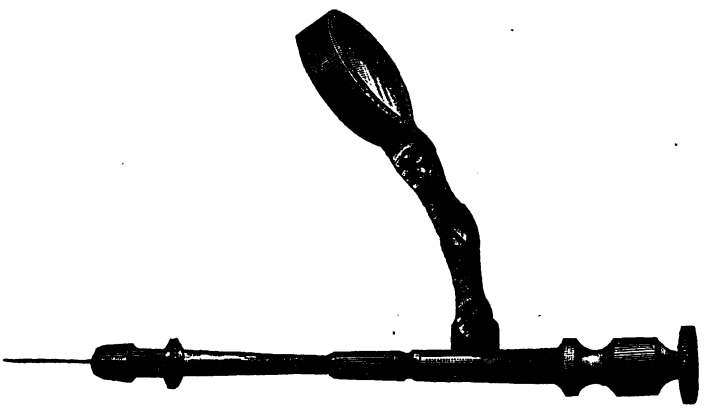


Fig. 42.

Aberration, welche die Peripherie des Gesichtsfeldes undeutlich machen würde, vollständig beseitigt sein muſs. Piffard erreicht diesen Zweck bei seiner Linse dadurch, daſs er ihr, einer bikonvexen

Linse, cylindrische Oberflächen gibt, deren Cylinderachsen rechtwinkelig zueinander stehen (resp. ein im Perimeter der Linse ausgespanntes Kreuz bilden). Solche Linsen, deren Brennweite nahezu 4 Zoll beträgt, erschliefsen ein Arbeitsfeld von ca $2^5/_8$ Zoll Durchmesser.

Fig. 43.

Vorstehende Abbildung zeigt einen andren amerikanischen Nadelhalter (G. TIEMANN & Cie.), bei dem die Fixation der Nadel durch eine kleine Flügelschraube bewirkt wird.

Alle diese Formen sowohl wie der Nadelhalter von HARDAWAY (s. die Abhandlung S. 320) repräsentieren das einfachste Prinzip eines solchen Nadelhalters überhaupt. Er bildet hier nichts weiter als einen handlichen Griff, der einen konstanten Kontakt zwischen Nadel und Pol vermittelt.

Als ich vor zwei Jahren anfing, mich ernstlich mit der elektrolytischen Behandlung der Haarbälge zu beschäftigen, empfand ich sofort das Bedürfnis, die Funktion des Nadelhalters dadurch zu erweitern, dafs ich in denselben einen leicht und einfach zu schliefsenden und zu lösenden Kontakt für den elektrischen Strom verlegte. Es erhöht ganz richtig, wie HARDAWAY bemerkt, das Zutrauen des Patienten, wenn man ihm die Kontrolle der positiven Elektrode selbständig überläfst. Diese Kontrolle bleibt ihm auch bei meinem Nadelhalter überlassen. Aber es erscheint mir sehr wichtig, dafs der Arzt aufserdem in seiner operierenden Hand einen ganz willkürlich und ohne Vorwissen des Patienten zu handhabenden Kontakt besitzt.

Ich konstruierte meinen Nadelhalter einfach so, dafs ich einen der bekannten, gewöhnlichen und sehr billigen Halter für Häkelnadeln nahm und denselben von hinten her bis nahe an sein vorderes Ende ausbohren liefs. In diese Bohrung wurde ein Messingdraht eingeschoben, der also allseitig von einer knöchernen Hülse umgeben und isoliert war. Sodann wurde am vorderen messingenen Ende eine kleine Messingfeder so befestigt, dafs ihr hinteres Ende, welches einen kleinen Stift trug, durch ein entsprechendes Loch der knöchernen Wand des Halters gerade auf das Ende des innen liegenden Drahtes aufgedrückt werden konnte, womit die metallene Leitung vom hinteren Ende des Halters bis zur Nadel hergestellt war.

Ein kleiner Ring von Messing, der den Halter lose umfängt, sichert die Führung des freien Endes der Feder. Am hinteren Ende ist eine messingene Klammer zur Aufnahme des negativen

Polendes angebracht. Die Befestigung der Nadel ist ganz wie bei HARDAWAYS Nadelhalter, da ja diese Häkelnadelhalter bekanntlich vorn drei federnde Bisse haben, welche durch eine Schraubenmutter als Hülse zusammengedrückt werden.

Der Gebrauch dieses bei BOLTE Nachf. (Hamburg) zum Preise von 5 M. vorrätigen Nadelhalters ist folgender. Nachdem der Patient die positive Elektrode in die Hand genommen, führe ich die Nadel, den Nadelhalter schreibfederartig leicht in der rechten Hand haltend, mit der Spitze in den Haarbalgtrichter genau in der Richtung des Haares ein, ohne die Feder zu berühren, also stromlos. Sowie ich fühle, dafs die Nadel hart am Haare in den Balg eindringt, drücke ich mit dem Zeigefinger sanft auf den Ring der Feder, wodurch sofort der Strom geschlossen ist, was sich dem Patienten durch Prickeln, dem Arzt einerseits durch Schaum im Haarbalgtrichter kund gibt, anderseits dadurch, dafs die Nadel plötzlich wie in eine halbweiche Masse mit besonderer Leichtigkeit eindringt. Diese Erscheinungen rühren von der Abscheidung alkalischer Flüssigkeit um die Nadel her wodurch der Haartalg verseift und die Wurzelscheide schlüpfrig wird

Fig. 44.

In dieser Stellung verharrt die Nadel 1/4—1/2 Minute, dann zieht die linke Hand des Operateurs erst mittels einer Epilationspinzette das lose gewordene Haar und dann seine rechte Hand die Nadel heraus, nachdem durch Aufheben des Zeigefingers der Kontakt an derselben wieder gelöst ist. Würde man die Nadel mit bestehendem Kontakt herausziehen, so würde der Patient im Moment, wo die Spitze der Nadel an dem den Grund des Haarbalgtrichters umgebenden Nervenring vorbeifährt, einen unnötigen, nicht unbedeutenden Schmerz empfinden. Würde man anderseits die Spitze der Nadel bei schon bestehendem Kontakt in den Haarbalgtrichter einsenken, so wären unwillkürliche Zuckungen der Gesichtsmuskeln des Patienten, ebenfalls durch Berührung des nervenreichsten Haarbalgteils hervorgerufen, die fast unausbleibliche Folge, und würden eine sichere Einführung der Nadel ganz in Frage stellen. Der Halter erlaubt also, durch einen abwechselnden Druck des Zeigefingers die Einführung der Nadel in den Haarbalg ebenso sicher und ebenso schonend zu bewerkstelligen, wie HARDAWAY (s. oben) es durch seine Methode erzielt, erspart aber dem Arzte das fortlaufende Kommando jener Methode vollständig, welches nicht blofs lästig, sondern vor allem zeitraubend ist.

Aufserdem hat die willkürliche und bequeme Stromschliefsung in der Hand des Arztes noch manche andre Vorteile, von denen ich hier nur den einen erwähnen will, dafs der Arzt bei überempfindlichen Personen in dem beliebigen Stromschlufs ein gutes Mittel besitzt, die Exaktheit ihrer Angaben über Schmerzempfindung zu kontrollieren.

Als Nadeln kann ich den deutschen Kollegen die in jeder Uhrmacherfurniturenhandlung vorrätigen Reibahlen der Uhrmacher (feinste Sorte) empfehlen. Sie sind für den vorliegenden Zweck viel praktischer als Nähnadeln. Zur Einführung in meinen Nadelhalter bricht man den massiven Stiel ab. UNNA.

Referate.

Zur Ätiologie der Alopecia areata.

1. v. SEHLEN, *Zur Ätiologie der Alopecia areata.* S.-A. *Ärztl. Intelligenzblatt.* 1885. Nr. 28.

2. P. MICHELSON, *Bemerkung zu den Arbeiten des Herrn Dr. von Sehlen über die Ätiologie der Alopecia areata (Area Celsi).* S.-A. VIRCHOWS *Archiv.* Bd. 99.

3. v. SEHLEN, *Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Dr. Michelson zu meinen Mitteilungen über die Ätiologie der Aleopecia areata.* S.-A. VIRCHOWS *Archiv.* Bd. 100.

4. P. MILHELSON, *Zweite und letzte Bemerkung zu den Arbeiten des Herrn v. Sehlen über die Atiologie der Alopecia areata (Area Celsi).* S.-A. VIRCHOWS *Archiv.* Bd. 100.

DR. v. SEHLEN in München schien es gelungen, endlich die Ätiologie der Alopecia areata durch charakteristische Pilzbefunde festgestellt zu haben. Trotzdem nun v. SEHLENS bakteriologische Untersuchungen offenbar mit allen Kautelen angestellt sind (Doppelfärbung, Züchtung, positive Impfung auf Menschen und weifse Ratten), obwohl ferner THIN diese Befunde als mit den seinigen im *British med. Journal.* 1882. p. 304 veröffentlichten für übereinstimmend hält, hat BIZZOZERO in VIRCHOWS *Arch.* Bd. 98. S. 451 die Ansicht ausgesprochen und begründet, dafs v. SEHLENS Area-Kokken zu den an der normalen Oberhaut vorkommenden Mikrophyten gehören.

Ein schärferer Gegner ist v. SEHLEN aber in MICHELSON geworden, welcher die in VIRCHOWS *Archiv.* Bd. 99. S. 327 u. ff. beschriebenen Fälle gar nicht für Alopecia areata, sondern für Mykosis tonsurans hält. In einer Erwiderung hat v. SEHLEN diese Auffassung zurückgewiesen und die Diagnose auf Alopecie ausführlich, nach unsrer Anticht allerdings nicht genügend begründet.

Man mufs gestehen, dafs v. SEHLENS Fälle in einigen Punkten von der typischen Schilderung der Alopecia areata abweichen. Besonders ist dies der Fall für die Randzone feinster Epidermisschüppchen, welche der Autor, weil er sie in verschiedenem Grade bei allen seinen Patienten fand, für eine der Area Celsi charakteristische Erscheinung hält, allerdings im Gegensatze zu MICHELSON.

Was die Pilzbefunde v. SEHLENS betrifft, so ist das Genauere seiner Technik im *Ärztlichen Intelligenzblatt.* 1885. No. 28 von ihm selbst veröffentlicht. Bestätigungen liegen noch nicht vor, die Zukunft mufs über die Richtigkeit

derselben entscheiden und speziell darüber, ob die Deutung v. Sehlenhs oder Bizzozeros die richtige ist.

Altona. Appel.

Ein Fall von Zoster utriusque antibrachii. Der Fall betrifft eine 18jährige kerngesunde Dienstmagd im Warschauer Kindlein-Jesu-Spital. Sie erkrankte plötzlich beim Waschen der Spitalschlafröcke. Unter leichtem Brennen entstand am Nachmittag des 16. Juli und während der nachfolgenden Nacht ein hartes Ödem der beiden Vorderarme, und darüber Gruppen von wasserhellen, dicht zusammengedrängten Bläschen. Diese Gruppen ziehen in Form von longitudinalen, ungefähr fingerlangen Streifen längs der Vorderarme, und zwar ziemlich gleichmäfsig an den Streck- wie an den Beugeflächen. Am nächsten Tage kommen noch drei längliche Bläschengruppen oberhalb der vorigen zum Vorschein, am dritten Tage endlich noch zwei Gruppen an den Streckflächen der beiden Handgelenke. Die letztgenannten Gruppen zeigen eine erstaunende Symmetrie, sonst ist der Ausschlag gleichmäfsig an beiden Vorderarmen verteilt, jedoch nicht streng symmetrisch. Um die Gruppen herum ist die Haut blafs, ohne Halo, die Bläschendecken sind äufserst zart, sie bersten nach paarstündlicher Existenz; es bleiben dann streifenförmige, stark rote, empfindliche Flächen, welche nicht bluten, nicht nässen (Rete Malpighi erhalten) und sich rasch mit junger Hornschicht bedecken. Die am ersten Tage entstandenen Gruppen heilen rascher, als die übrigen. Unterdessen kommen noch an beiden Ellenbeugen zerstreute, leicht erhabene rote Flecke, welche sich aber weiter nicht entwickeln.

Am 20. Tage der Erkrankung ist alles verheilt, die Streifen noch gut sichtbar, etwas rötlich und pigmentiert. — Es ist dies also eine akute, cyklische, aus streifenförmigen Bläschengruppen formierte Hauterkrankung, welche sich vom typischen Zoster durch geringe Entzündungserscheinungen und besondere Zartheit der Bläschendecken unterscheidet. Die beiden Umstände, obwohl sie stark das Krankheitsbild vom typischen Zoster entfernen, wurzeln doch nur in der besonders oberflächlichen Lokalisation. Der beschriebene Fall spielt sich nämlich oberhalb der Reteschicht ab, während die gewöhnlichen Zosterfälle innerhalb des Rete, oder noch tiefer, in der Haut selbst.

Als Ursache könnte in diesem Falle die anstrengende (auch ungewohnte) Arbeit der Vorderarme gelten. Auch die Lokalisation des Ausschlages entspricht streng der supponierten Ursache. Für das periphere Entstehen spricht ebenfalls das zentripetale Fortschreiten des Ausschlages (nur mit Ausnahme der 2 Gruppen am Handgelenke).

Kein Fall von Zoster utriusque antibrachii ist in der Litteratur bekannt. (*Gazeta Lekarska.* 1885. No. 34.)

Warschau. Funk.

Dr. H. Stilling. **Über die Cowperschen Drüsen.** (Virchows *Archiv.* Bd. 100.) Verfasser beschreibt die morphologischen Veränderungen, die während der Begattung nicht allein in der Prostata und den Samenblasen, sondern auch in den Cowperschen Drüsen der Kaninchen auftreten und sagt, dafs man, ohne zu weit zu gehen, aus den Beobachtungen folgern darf, dafs die Cowperschen Drüsen während des Begattungsaktes sezernieren, dafs sie somit endgültig den Geschlechtsorganen zuzurechnen sind. Ihr physiologischer Zweck ist freilich noch dunkel. Es scheint gewifs zweifelhaft, ob ihr Sekret einfach zur Vermehrung der Samenflüssigkeit diene, wie es von dem Safte der Prostata und der Absonderung der Samenblasen behauptet zu werden pflegt. Ihre auffallende Entwickelung bei den Kaninchen, dessen untere Drüse allein diejenige des erwachsenen Mannes an Gröfse übertrifft, berechtigt vielleicht zu der Frage: steht die Drüse bei dem Tiere, welches den Coitus so aufserordentlich häufig hintereinander vollzieht, in einer Beziehung zur Erektion? Ist ihr Sekret dazu be-

stimmt dem nachfolgenden Samen den Weg vorzubereiten, die Spuren des dem Leben der Spermatozoen weniger günstigen Urins zu verdrängen, die Schleimhaut der Harnröhre mit einem indifferenten Überzuge zu versehen? Für den Menschen würde die nämliche Vermutung ausgesprochen werden dürfen, wenn man zugibt, dafs jenes klare, eiweifsähnliche Fluidum, welches bei geschlechtlichen Erregungen aus der Mündung der Urethra hervortritt (Urethorrhoea ex libidine FÜRBRINGER), den Cowperschen und nicht, wie mit gleichem Recht oder Unrecht versichert wird, den Littréschen Drüsen entstammt.

Berlin. L. HOFFMANN.

DR. G. RHEINER. **Beiträge zur pathologischen Anatomie des Erysipels bei Gelegenheit der Typhusepidemie in Zürich** 1884. (VIRCHOWS *Archiv*. Bd. 100.) Das Erysipel, sagt der Verfasser, bildet eine der bemerkenswertesten, oft aber auch um so unbegründeter erscheinenden Komplikationen des Typhus abdom. Im allgemeinen zu den seltenen zählend, macht sich nur in einzelnen Typhusepidemien eine eigentümliche Anhäufung von Erysipelfällen geltend. In der schweren Typhusepidemie in Zürich vom Jahre 1884 trat während kurzer Zeit im Spital eine kleine Erysipelepidemie von ca. 6 Fällen auf. Die Ursache schien daran zu liegen, dafs eine Wärterin ohne nachweisbare Ursache im Spital selbst an Erysipel erkrankte und binnen kurzer Zeit weitere derartige Fälle folgten. Von dieser Epidemie kamen 2 Fälle infolge lethal ausgehendem Typhus zur Sektion, und wählte Verfasser dieselben als ersten Zielpunkt seiner Untersuchungen über die vorgekommenen Komplikationen der Typhusepidemie. Der Gang der Untersuchung war folgender: Bei der Sektion wurden an der Grenze des Entzündungsherdes, der Stelle des frischesten Fortschreitens des Prozesses, kleine erysipelatöse Hautpartien excidiert und in 95% Alkohol gelegt, nach mehreren Wochen aus ihm, der mehrfach gewechselt worden, herausgenommen und ein Teil in Celloidin eingebettet, ein andrer mit den KATSCHschen Gefriermikrotome geschnitten, erstere Schnitte alsdann durch Äther der Celloidinhülle entledigt, um die Erschwerung der Färbung zu hindern. Nachdem dann ein Teil in GRAMSche Farblösung gelegt worden, wurde ein andrer Teil mit einer von GAFFKY beinahe identisch erhaltenen Flüssigkeit zur Färbung der Typhusbacillen behandelt, und ein dritter Teil kam in KOCHsche Fuchsinlösung. Es zeigte sich nun mit schwachen Vergröfserungen beim Erysipelas traumaticum die bekannte hochgradige Dilatation der Gefäfse der oberen Cutisschichten, eine oft reihenweise Anordnung von Zellen längs der Aufsenwand der Gefäfse vom Verhalten der farblosen Blutkörper, an einzelnen Stellen selbst Verdeckung der Coriumgefäfse durch die kleinzellige perivaskuläre Infiltration, Erscheinungen, wie sie jeder Dermatitis eigen sind. Zum Studium der Organismen diente die HARTNACKsche Immersion No. II nebst Oc. III, und es ergab sich bei Anwendung des ABBÉschen Beleuchtungsapparates und offenem Kondensor folgender Befund: In den Saftkanälchen und Lymphspalten des subkutanen Binde- und Fettgewebes und des Coriums fanden sich enorme Anschoppungen von Kokkenmassen, sämtliche Kokken gleich grofs und je nach der benutzten Farblösung tingiert, der Anordnung nach einzeln, als Diplokokken oder ganze Ketten bildend, zwischen den Fibrillen des Gewebes. Einzelne der Ketten besafsen bedeutende Länge und erstreckten sich perlschnurartig durch das ganze Gesichtsfeld, dabei genau an dasselbe Bindegewebsinterstitium sich haltend, stets ein Bacterium hinter dem andren, höchstens zu zweien nebeneinander; andre bildeten sich in unregelmäfsiger Anordnung aus nur wenigen Kokken, zum Teil zierliche Windungen oder Traubenform beschreibend. An einzelnen, allerdings spärlichen Stellen zeigten sich Lymphgefäfse, niemals jedoch Blutgefäfse mit diesen kokkenbildenden Organismen erfüllt, und vermutet Verfasser, dafs es sich in jenen Fällen, wo von Autoren auch solche Kokken in den Blutgefäfsen gefunden sind, um Komplikationen gehandelt hat. Sämtliche Präparate weisen wenigstens einzelne

typische Ketten auf, so dafs der Verfasser der Ansicht Wolffs nicht beistimmen kann, der behauptet, dafs für die Entstehung des Erysipels das Vorhandensein von Organismen im Körper nicht bindend sei, sondern dafs die betreffende schädliche Noxe ohne Konnex mit Bakterien die charakteristischen Veränderungen hervorzubringen im stande sei. Der Verfasser schliefst aus seinen Angaben, dafs nach vorausgegangener, wenn auch nur minimaler Kontinuitätstrennung der Haut im Fall günstiger Infektionsbedingungen Einwanderung der charakteristischen Organismen in die kutanen Lymphgefäfse stattfindet, von hier aus Weiterverbreitung in ihnen und den Saftkanälchen nach allen Seiten hin, so dafs bei zu intensiver Entwickelung des Prozesses durch hochgradige Ernährungsstörungen schliefslich Nekrose der affizierten Teile folgen mufs. Die Kokken bilden somit den charakteristischen Unterschied zwischen erysipelatöser und gewöhnlicher anderweitiger Dermatitis.

An die Untersuchung des E. traumaticum wurde diejenige der beiden gangränösen typhösen Erysipele angeschlossen, wobei sich vorerst wieder obige perivaskuläre Infiltration ergab, wobei sehr intensiv gefärbte Körper, rund oder oval, Kokken von Form täuschend ähnlich, in der Gröfse indessen variabel, mit einem Durchmesser von 0,5—1 μ auffielen. Es entbehrten aber diejenigen Gewebspartien, welche beim nicht typhösen Erysipel Unmassen kettenbildender Organismen aufwiesen, derselben vollständig. Dafür zeigten sie haufenweise Stäbchen, welche nach Verf. den Typhusbacillen von Klebs und Eberth vollständig glichen, die schliefslich in lange, quergeteilte Fäden übergingen, und zwar wurde die Querteilung wahrscheinlich dadurch bedingt, dafs die Sporen reihenweise hintereinander lagen. Dieselben Pilzformen zeigten sich auch in den übrigen von diesen beiden Fällen untersuchten Organen, wie in den Nieren, Mesenterialdrüsen und Milz.

Berlin. L. Hoffmann.

Über medizinische Seifen, von Dr. P. G. Unna. (Volkmanns *Sammlung klin. Vortr.* No. 252.) Die medizinischen Seifen sind bisher ein Hauptobjekt des Geheimmittelunwesens gewesen und doch von Ärzten selbst dem Publikum in die Hand gegeben worden, weil dieselben sich durch die wissenschaftlich klingenden Namen der gebräuchlichen Fabrikate täuschen liefsen. Niemand wufste bisher zu sagen, wieviel Schwefel in einer käuflichen Schwefelseife enthalten sei und ob überhaupt welcher darin sei. Von dem Gedanken ausgehend, dafs es nur durch die gemeinsame Arbeit eines Technikers, Chemikers und Arztes, die sich gegenseitig kontrollierten, möglich sei, eine wirkliche medizinische Seife zu schaffen, hat Unna in Verbindung mit dem Apotheker Dr. Mielck, früher Beiersdorf und dem Seifenfabrikanten Douglas ein Präparat geschaffen, welches endlich den berechtigten Ansprüchen der Dermatologen volle Rechnung trägt.

Als Reagens für die medikamentösen Stoffe dient die „Überfettete Grundseife." Die Herstellung erfolgt aus bestem Rindstalg und einem Gemisch von 2 Tln. Natronlauge und 1 Tl. Kalilauge. Das Laugengemisch gibt der Seife eine bessere Konsistenz, und ferner ist jede medizinische Kaliseife in dem Mafse wirksamer als eine Natronseife, wie Hornschicht leichter löslich in Kali als in Natron ist. Zu der Seifenmasse wird dann noch soviel Olivenöl hinzugesetzt, dafs ca. 4 % unverseift bleiben, das ist das Überfett. Die Seife ist gelblichweifs, von Wachskonsistenz und durchaus beständig. Unna gibt ihr aus persönlichen Erfahrungen vor allen renommierten Toilettseifen den Vorzug. Ref. kann es vollkommen bestätigen, dafs es für Ärzte, die sich viel zu waschen haben, keine schonendere Seife gibt. Ferner hat Ref. mehre Fälle von gewöhnlicher Pityriasis der Gesichtshaut allein durch den Gebrauch dieser Seife schwinden sehen.

Den Übergang zu den chemisch wirkenden Seifen bildet die Überfettete Marmorseife, bestehend aus 4 Tln. überfetteter Grundseife: 1 Tl. feinstes

Marmorpulver. Dieselbe wirkt nur mechanisch. Anwendung bei Akne und sämtlichen Parakeratosen.

Eigentliche medikamentöse Seifen:

1. Überfette Ichthyolseife. Besteht aus 9 Tln. überfetteter Grundseife: 1 Tl. Natron sulfoichthyolicum. Anwendung besonders bei Rosacea, bei welcher sie die mechanische Behandlung fast entbehrlich macht (und bei trockenem Ekzem, Ref.).

2. Überfettete Salicylseife. Besteht aus 95 Tln. überfetteter Grundseife: 5 Tle. Salicylsäure. Hat günstige Wirkung auf subakute und chronische Ekzeme, ferner als antimykotische Waschseife bei sämtlichen Pilzaffektionen der Haut und schliefslich bei Akne, um der übermäfsig bleichen Haut einen mehr rosigen Teint zu geben.

3. Überfettete Zinksalicylseife. Besteht aus 88 Tln. Grundseife: 2 Tle. Zinkoxyd: 10 Tle. Salicylsäure. Hauptsächlich von Unna zusammen mit heifsem Wasser gegen Ekzema madidans gebraucht.

4. Überfettete Zinkseife. Besteht aus 90 Tln. Grundseife: 10 Tle. Zinkoxyd. Wirkt scharf austrockneud, daher gegen Seborrhoea oleosa, Hyperhidrosis, Bromidrosis.

5. Natrontannatseife. Besteht aus 90 Tln. Grundseife: 10 Tle. Natron tannicum.

Zinkoxydnatrontannatseife, in welcher 5 Tle. Natrontannat durch Zinkoxyd ersetzt sind.

Zinktannatseife. Besteht aus 97 Tln. Grundseife: 3 Tle. Zinktannat.

Der Anwendungskreis aller drei dürfte sich auf Ekzeme und vielleicht auf Pemphigus erstrecken.

6. Überfettete Rhabarberseife. Besteht aus 95 Tln. Grundseife: 5 Tle. konz. spirituös-alkalischen Rhabarberextrakt. Bei leichten Pilzerkrankungen der Haut.

Aufserdem sind bis jetzt dargestellt: Teerseife, Teerschwefelseife, Schwefelseife, Kampferschwefelseife, Kampferseife, Boraxseife, Jodkaliumseife, Naphtholseife, Naphtholschwefelseife.

Im Versuchsstadium befinden sich: Weifse Präzipitat-, Bleioxyd- und Arsenikseifen.

Karbolseife und Sublimatseife ist bisher nicht in genügender Dauerhaftigkeit dargestellt worden. Jedoch hält die zuletzt gefertigte Überfettete Sublimatseife schon einige Monate.

Altona. Appel.

In der Sitzung vom 20. Juli 1885 der niederrhein. Gesellschaft f. Natur- und Heilkunde teilte Professor Doutrelepont die Resultate seiner fortgesetzten Untersuchungen der **Bacillen bei Syphilis** (cf. *Deutsche mediz. Wochenschrift.* 1885. Nr. 19) mit. Er hat diese Bacillen bis jetzt in 9 Sklerosen (8 des Präputiums, 1 der grofsen Schamlippe), in einem breiten Kondylom der grofsen Schamlippe, einem Kondylom des Afters, 5 Papeln (je einer vom Kopf, Kinn, Brust, Hodensack, der inneren Fläche des Oberschenkels), in einem Gumma, sowie im Sekrete von plaques muqueuses des Gaumens, von ausgedehnten breiten Kondylomen der grofsen Schamlippe und in einem Falle von ähnlichen Wucherungen des Scrotum, endlich im Sekrete eines ulcus induratum der Oberlippe gefunden.

Die Zahl der Bacillen in den Geweben ist sehr verschieden, im ganzen nach den Untersuchungen des Vortragenden nicht grofs, meist verhältnismäfsig nur gering. Während in einzelnen Schnitten gar keine oder nur einzelne Bacillen gesehen wurden, fanden sich in andern Schnitten mehrere Gruppen derselben, meist in runden, ovalen oder unregelmäfsig geformten Zellen, welche in nicht überfärbten Präparaten bei offenem Kondensor durchsichtig, bei Über-

färbung oder nach Anwendung einer engen Blende körnig erscheinen. Hin und wieder, aber nur selten, wurden noch Kerne dieser Zellen, welche letztere die Farbe nur sehr schwach annehmen und gröfser als weifse Blutkörperchen erschienen, beobachtet. Man erkennt einzelne oder mehrere Bacillen deutlich in diesen Zellen als gesonderte Stäbchen. In manchen Gruppen sind indes die Bacillen so verschlungen und zusammengeballt, dafs nur an der Peripherie der aus ihnen gebildeten Klümpchen vereinzelte freie Bacillen oder deren hervorragende Enden deutlich wahrzunehmen sind, oder lediglich die intensiv dunkel gebliebene Färbung dieser Klumpen sie als Bacillenhaufen erkennen läfst. Man trifft also Zellen an mit nur einzelnen Bacillen, und solche, welche fast vollständig mit denselben ausgefüllt sind. Aber auch aufserhalb der Zellen hat D. zuweilen die Bacillen und zwar meist einzeln oder auch zu zweien aneinander gereiht aufgefunden. In einzelnen Präparaten wurden neben deutlichen aber schwach gefärbten Bacillen Haufen von Körnchen beobachtet, welche wohl als zerfallene Bacillen anzusehen sind. Wie LUSTGARTEN hat auch D. in einigen Präparaten Gruppen von Bacillen im Rete Malpighii gefunden.

Seit dem Bekanntwerden der Färbungsmethode von LUSTGARTEN hat D. dieselbe viel benutzt, weil sie charakteristischer für die betr. Bacillen ist und diese dunkler hervortreten läst, als die Färbung, bei welcher er die Becillen zuerst gefunden hat. Nach jener Methode behandelte Schnitte sowie besonders bei Deckglaspräparaten vom Sekrete hat er durch Überfärben mit Saffranin eine gute Doppelfärbung erreicht.

Zwei Deckglaspräparate, welche die Bacillen in sehr grofser Anzahl enthielten, wurden demonstriert; das eine Präparat war ohne, das andre mit Überfärbung durch Saffranin gefertigt. Präparate von Bacillen im Gewebe hatte D. schon früher der Gesellschaft vorgezeigt. In den beiden genannten Präparaten erschienen die Bacillen deutlich dunkelblau gefärbt. Beide stammten vom Sekrete nässender Papeln eines Patienten, welcher noch nicht behandelt war, und dessen ganzes Scrotum wie innere Oberschenkelfläche mit diesen Wucherungen beetartig bedeckt erschienen. Über 20 Deckgläschen, mit Sekret von diesen Papeln versehen, zeigten die Bacillen in so grofser Zahl, wie Präparate aus bacillenreichem Sputum der Tuberkulose. Schnitte der Papeln, von welchen das Sekret entnommen war, erwiesen sich dagegen arm an Bacillen. Es scheint daher, wie LUSTGARTEN schon hervorgehoben hat (*Verhdlgen. des 4. Kongresses für innere Medizin.* S. 89), dafs die Bacillen bei solchen vernachlässigten Fällen von Syphilis in dem Sekrete der aufeinandergelagerten nässenden Papeln einen sehr günstigen Nährboden finden und sich dort viel zahlreicher als in den Geweben entwickeln können.

Gerade in solchen Präparaten können die Bacillen am besten beobachtet werden. Man sieht sie häufig zu 2 oder 3 aneinandergereiht, sich kreuzend oder in Gruppen durcheinander gelagert, jedoch nicht so dicht zusammengeballt wie in Zellen des Gewebes; man kann die Bacillen einzeln noch immer deutlich erkennen. Um, auf und scheinbar in den Epidermiszellen, welche im Sekrete sich befinden, sieht man die Stäbchen in sehr grofser Zahl. Meist beobachtet man sie frei, zuweilen auch in Zellen eingeschlossen. Sie gleichen sehr den Tuberkel- und Leprabacillen. Ihre Länge schwankt jedoch mehr als bei den ebengenannten. Sie sind ziemlich gerade, oder leicht gekrümmt, geknickt; S-förmige und an den Enden knopfförmig angeschwollene Bacillen sind seltener. Einzelne tragen Sporen. Vereinzelte Nester von kleinen Bacillen, welche am dunkelsten gefärbt waren, wurden häufiger in Deckglaspräparaten angetroffen. Nur in dem oben erwähnten Falle waren die Bacillen im Sekrete so zahlreich; in den andern untersuchten Sekreten waren sie nur in geringer Zahl vorhanden.

In verschiedenen Deckglaspräparaten von Blut, welches mit aller Vorsicht in der Nähe von frisch entstandenen Papeln einem Patienten entnommen war, welcher auch eine frische Roseolaeruption zeigte, hat D. auch sehr ver-

einzelte Bacillen gefunden, welche der Gestalt und der Färbung nach (die Präparate waren mit Gentianaviolett gefärbt und mit Saffranin überfärbt) den Bacillen bei Syphilis vollständig ähnlich waren. Weitere Blutuntersuchungen hat D. bis jetzt nicht ausgeführt.

Züchtungsversuche, welche mit Tierblutserum und erstarrter Hydrocelenflüssigkeit im d'ARSONVALschen Apparat bei einer Temperatur von 36—38° C. vorgenommen wurden, haben bis jetzt noch nicht zu einer Reinkultur geführt. Nur bei einer Impfung von einer Sklerose der Oberlippe in erstarrter Hydrocelenflüssigkeit waren Bacillen, welche sich wie die Syphilisbacillen verhielten, nach 4 Wochen in geringer Zahl gewachsen.

Ein Ulcus des Präputium, welches durch die feste Infiltration in der Umgebung als Ulcus induratum imponiert hatte, zeigte bei der Untersuchung vieler Schnitte keine Bacillen. Das Geschwür heilte, ohne dafs Symptome der Syphilis folgten. (S. - A. aus *Sitzungsberichte der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn.*)

Aus dem *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie.* XIV. Kongrefs. 8.—11. April 1885.

Chirurgische Erfahrungen über die Tuberkulose, von R. VOLCMANN.

I. Tuberkulose der äufseren Hautdecken und des Zellgewebes.

(Fortsetzung des Referats in No. 8. S. 266—268.)

5. Die **tuberkulösen Abscesse** sind, sobald sie einige Zeit bestehen, gleichgültig, ob sie primäre tuberkulöse Erkrankungsformen des Bindegewebes darstellen, oder ob sie in der mehrfach erwähnten Weise mit Gelenk- oder Knochenaffektionen zusammenhängen, stets von einer eigentümlichen, violettgrauen oder gelbgrauen, opaken Membran ausgekleidet, die bis zu mehreren Millimetern dick wird, namentlich in ihren inneren, vom tuberkulösen Eiter bespülten Schichten relativ gefäfsarm ist und eine unzählige Masse miliarer Tuberkel enthält, so dafs sie nicht selten ausschliefslich aus ihnen zu bestehen scheint. Diese Abscefsmembran läfst sich von der Umgebung (Untergrund) mit gröfster Leichtigkeit abwischen und abschaben und oft in quadratzollgrofsen Fetzen ablösen. Die Gewebe, welche den Untergrund bilden, sind, abgesehen von einer leichten reaktiven Induration, völlig gesund. So gut wie niemals erstrecken sich diffuse tuberkulöse Eruptionen und käsige Infiltrationen in diese Nachbargewebe hinein. In sicher mehr wie tausend Fällen gespaltener und am Lebenden untersuchter derartiger tuberkulöser Abscesse habe ich nur zweimal ein diffuses Hineindringen der Tuberkulose in die Muskulatur, welche die Wand dieser Abscesse bildete, beobachtet.

Wo man bei der Incision von Abscessen mit käsigem Inhalt auf diffuse Verkäsung des Muskelfleisches selbst stöfst, handelt es sich gewöhnlich um Syphilis und käsig erweichte Gummigeschwülste. Die erkrankten Gewebe setzen hier auch dem scharfen Löffel den gröfsten Widerstand entgegen und lassen sich nicht einfach wegwischen oder selbst, bei Anwendung gröfserer Gewalt, rein wegschaben. Die charakteristische Abscefsmembran fehlt. Beide hier angegebenen Zeichen dienen auch mit zur Erkenntnis in die Muskulatur eindringender, zuweilen an tuberkulöse Abscesse erinnernder aktinomykotischer Herde.

Die charakteristische Abscefsmembran kommt nur bei tuberkulösen Abscessen vor und ist demnach als ein absolut sicheres diagnostisches Kriterium zu betrachten.

6. Das Gebiet der nicht tuberkulösen chronischen und sogen. kalten Abscesse, wie sie namentlich im Verlauf von und nach Infektionskrankheiten vorkommen, mufs durch neue Untersuchungen abgegrenzt werden. Jedenfalls ist es ein sehr viel kleineres, als das der tuberkulösen Abscesse.

II. Tuberkulöse Erkrankungen der dem Chirurgen zugänglichen Schleimhäute.

7. **Tuberkulose der Zunge.** Die Tuberkulose der Zunge kommt teils in der Form von Geschwüren vor, die bald mehr den torpiden, bald mehr den fungösen Charakter haben, teils in der Form von tiefgreifenden Knoten, die allmählich zentral erweichen. Solitäre tuberkulöse Zungengeschwüre mit fungösen Wucherungen und etwas indurierter Umgebung werden leicht mit Krebs verwechselt, wenn die Störung bei älteren Individuen auftritt. Zweimal habe ich selbst diesen diagnostischen Fehler begangen, und wurde der Irrtum erst nach der Exstirpation des kranken Zungenteils durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt. Der spätere Verlauf bestätigte diese Untersuchungen. — Dagegen wird die knotige Form der Zungentuberkulose im Beginn oft kaum von gummösen Affektionen der Zunge zu unterscheiden sein. Im späteren Verlauf wird die käsig-eitrige Einschmelzung des Knotens und die Umwandlung in einen charakteristischen Abscefs, die Art des Aufbruches und der ganze fernere Gang der Erkrankung auch hier keinen Zweifel über den Charakter und die Bedeutung der Störung aufkommen lassen.

Von den von mir, teils durch Ausschabung und Applikation des Thermokauters, teils durch Exstirpation eines Zungenkeiles operierten Kranken sind wohl die grofse Mehrzahl später an Lungentuberkulose zu Grunde gegangen, einige jedoch sicher Jahre lang völlig gesund geblieben, selbst wenn sie Individuen aus stark hereditär belasteten Familien betrafen.

Ob es an der Zunge tuberkulöse Prozesse gibt, die mehr dem Lupus zuzurechnen sind, steht dahin.

Zweimal habe ich bei der Autopsie von Kranken, die an Knochentuberkulose litten und an Lungenphthise zu Grunde gingen, die ganze Zungenoberfläche mit ganz flachen, stecknadelkopf- bis linsengrofsen, konfluierenden tuberkulösen Ulcerationen, zwischen denen überall charakteristische miliare Knötchen lagen, besetzt gefunden. Der Prozefs war erst in den letzten Wochen vor dem Tode entstanden und für einen aphthösen gehalten worden.

8. Die **Tuberkulose des Rachens und Gaumens** habe ich fast nur bei jugendlichen Individuen, um die Zeit der Pubertätsperiode und bald nach derselben, gesehen. Flache, linsengrofse und gröfsere konfluierende Geschwüre mit gelbem Grund, die sich von den Gaumenbögen aus über die hintere Rachenwand und die ganze hintere Fläche des Gaumensegels ausdehnen. Bei scharfer Beleuchtung kann man zwischen den einzelnen Geschwüren meist die miliaren Körner liegen sehen.

Die Affektion wird leicht für kongenitale Syphilis gehalten.

Die ausgedehnten Verwachsungen des narbig geschrumpften Gaumensegels mit völligem oder fast völligem Abschlufs des Pharynx von der Nasenhöhle, und gewisse Formen der narbigen Pharynxstenose dicht über dem Kehlkopf sind häufiger auf verteilte tuberkulöse Geschwüre, als auf Syphilis zurückzuführen. Letztere setzt in ihren schweren Formen am Gaumen mehr Defekte, die Tuberkulose dagegen leichter ausgedehnte ulcerierende Flächen, welche eben die spätere Verwachsung begünstigen.

Die energische chirurgische Behandlung ist leichter zu instituieren und entschieden aussichtsvoller, als bei Larynxtuberkulose. Die meisten Kranken gehen zwar wohl ebenfalls an Lungenaffektionen zu Grunde, ehe die Pharynxtuberkulose geheilt ist, wenn sie nicht schon vorher brustkrank waren, aber dauernde Heilungen bei frühzeitiger lokaler Behandlung mit Ätzmitteln, Ferrum caudens, Ausschabung etc. kommen unzweifelhaft vor und sind von mir wiederholt beobachtet worden.

9. Es gibt eine **Ozaena tuberculosa**, welche auf der Bildung echter tuberkulöser Geschwüre in der Nasenschleimhaut beruht und scharf von der unendlich häufigeren sog. Rhinitis scrophulosa, die nur auf katarrhalischen Zuständen beruht, zu trennen ist. Noch seltener führen primäre Tuberkulosen

des knöchernen Gerüstes der Nase, besonders des Oberkiefers, sekundär zur Infektion und spezifischen Erkrankung der Nasenschleimhaut.

10. An den **Lippen** habe ich zweimal schwere tuberkulöse (nicht lupöse) Ulcerationen gesehen. Einmal bei einem jungen Mädchen mit multipler Herdtuberkulose und gesunden Lungen; einmal bei einer älteren Frau. Im ersten Falle wurde das tiefgreifende Geschwür durch eine Keilexcision beseitigt, im zweiten die flachere, durch oberflächliche Ätzungen malträtierte, mit dicken Borken bedeckte und von sklerosierten Bindegewebslagen umgebene Ulceration für ein Karcinom gehalten. Hier wurden Excision und Plastik notwendig.

11. **Fistula ani.** Ein Teil der Mastdarmfisteln hat von vornherein die Bedeutung tuberkulöser Geschwüre. Die von den älteren Chirurgen so sehr betonten Beziehungen der Mastdarmfistel zur Lungentuberkulose erklären sich durch diese Thatsache, oder werden vielmehr durch dieselbe korrigiert. Die tuberkulöse Mastdarmfistel unterscheidet sich von der nicht spezifischen durch ihre Neigung zur Bildung grofser Mengen fungöser Granulationen, weitgehender Ablösung der Schleimhaut und Unterminierung der äufseren Haut, sowie sinuöser Abscesse.

Die Behandlung mufs daher die der tuberkulösen Abscesse sein: ausgiebige Spaltung, Ausschabung der fungösen Granulationen, Abtragung dünner Haut- und Schleimhauträuder, offene Behandlung mittels Tamponade mit antiseptischem Mull, besonders Jodoform-Tamponade. In rebellischen Fällen aufserdem noch energische Kauterisation mit dem Ferrum caudens.

12. Das Analogon der tuberkulösen Mastdarmfistel bilden die seltenen Fälle von schleichend sich entwickelnder **Perityphlitis**, welche bei sonst noch gesunden Individuen, die namentlich auch bis dahin kein Zeichen von Darmtuberkulose dargeboten haben, nach der Perforation eines vereinzelten spezifischen Darmgeschwüres entstehen und in gleicher Weise mit Bildung grofser tuberkulöser Abscesse, vielfacher Fisteln und weiter Hautablösungen, sowie mit der Produktion massenhafter tuberkulöser (fungöser) Granulationen verlaufen.

III. Tuberkulosen des Uro-Genitalapparates.

13. Die **Tuberkulose des Hodens** wird zwar vorwiegend im jugendlichen oder reiferen Mannesalter beobachtet, kommt aber bis in das späteste Alter hinein vor. Doch gibt es bei alten Leuten noch eine einfach eiterige, chronisch verlaufende Orchitis und Epididymitis, die von der tuberkulösen Form zu trennen ist. — Nach der tuberkulösen Erkrankung des einen Hodens wird oft später — zuweilen erst nach Jahren — auch der andre Hode ergriffen. Aber selbst in den schwersten Fällen, wo der Nebenhode bereits völlig verkäst und destruiert und der Hode selbst von dichtgedrängten Miliartuberkeln durchsetzt ist, bleiben nach der Ablatio testis die Operierten nicht allzu selten lange Jahre völlig gesund und bekommen weder in der Lunge noch in andern Organen neue tuberkulöse Herde.

Es ist daher wünschenswert, namentlich bei jüngeren Individuen, möglichst früh und ehe der Samenstrang erkrankt ist und der Prozefs bis zur Prostata und Blase fortkriecht, die Kastration vorzunehmen und sich nicht lange mit partiellen Resektionen, Ausschabungen und Kauterisationen aufzuhalten. In den benigner verlaufenden Fällen alter Leute mag eher ein derartiges konservatives und abwartendes Verfahren zu empfehlen sein.

Die erfolgte Erkrankung des Samenstranges stellt sich teils als eine gleichmäfsige Verdickung desselben, teils in der Form einzelner weizenkornförmiger Anschwellungen im Verlauf des Vas deferens dar.

14. Die **Tuberkulose der Blase, der Ureteren und der Nieren** kennzeichnet sich als eine der typischsten und schwersten tuberkulösen Erkrankungen überhaupt. Selbst in Fällen, wo der Prozefs auf die Blase selbst lokalisiert blieb, dürften Heilungen bis jetzt nicht beobachtet sein. Der Nachweis von Tuberkelbacillen im Urin wird frühzeitigere, sichere Diagnosen ermöglichen.

Ob bei Tuberkulose des Nierenbeckens und der Nieren operative Eingriffe, Nephrotomie und Nephrektomie, von reellem Nutzen für die Kranken sein können, steht dahin.

15. Über die **Tuberkulose der Vagina und des Uterus** fehlen mir ausreichende eigne Erfahrungen, und dürfte die Behandlung dieser Affektionen wohl auch mehr den Gynäkologen von Fach zufallen.

16. Die **Tuberkulose der Mamma** ist aufserordentlich selten, die klinische Diagnose wohl nur in den späteren Stadien möglich. Die Therapie hat in der Amputatio mammae und der Ausräumung der Achselhöhle zu bestehen, da die Lymphdrüsen der Achsel früh infiziert zu werden pflegen. Wichtig ist zu wissen, dafs die chronische, indurative (nicht abscedierende) Mastitis zuweilen zu Lymphdrüsenschwellungen in der Achsel führt, die später tuberkulisieren und zu faustgrofsen verkästen Drüsenkonvoluten heranwachsen, ohne dafs die Blutdrüse selbst tuberkulös geworden wäre.

V. Tuberkulose der Lymphdrüsen.

31. Bei allen den bisher besprochenen tuberkulösen Affektionen können die Lymphdrüsen, welche von der befallenen Körperregion her ihren Zufluſs erhalten, infiziert werden und tuberkulös erkranken. Ihre Erkrankung, die früher als skrofulöse Entzündung oder als käsige Degeneration bezeichnet wurde, ist eine echte Tuberkulose.

Doch ist die Empfänglichkeit für das tuberkulöse Virus und die Neigung zur tuberkulösen Degeneration an den Lymphdrüsen der verschiedenen Körpergegenden eine ganz aufserordentlich verschiedene.

Weitaus am leichtesten erkranken die Lymphdrüsen am Hals, dann die des Cubitus; seltener schon die in der Achselhöhle gelegenen; am seltensten die Lymphdrüsen der Fossa poplitea oder der Weiche. Es ist schon eine grofse Ausnahme, wenn man einmal bei den schwersten tuberkulösen Erkrankungen an den Knochen und Gelenken des Fufses eine Tuberkulose der inguinalen Drüsen findet.

32. Bei einer gewissen konstitutionellen Disposition (Skrofulose) und hereditärer Belastung werden jedoch ungemein häufig auch einfach hyperplastische, irritative und entzündliche Drüsenanschwellungen, wie sie sich als sog. konsensuelle oder sympathische zu entzündlichen und katarrhalischen Prozessen der Haut und der Schleimhäute hinzugesellen, später tuberkulös. Die Drüsen gehen nach Beseitigung der Affektion, welche ihre Schwellung veranlafste, nicht zurück, vergröfsern sich, verkäsen und erweichen, und die Untersuchung nach der Exstirpation zeigt eine echte miliare und bacilläre Tuberkulose.

Am häufigsten wird dieser Vorgang (Lymphdrüsenskrofulose) allerdings nach Primäraffektionen beobachtet, die selbst zur Skrofulose gerechnet werden, wie z. B. bei den Drüsenschwellungen nach Hautausschlägen, chronischen Katarrhen, Blennorrhöen etc.

33. In wie weit an den Lymphdrüsen nicht zur Tuberkulose gehörige (nicht bacilläre) Verkäsungen vorkommen, ist noch nicht mit hinreichender Sicherheit festgestellt.

34. Tuberkulöse Lymphdrüsen werden am besten mit dem Messer, und da, wo es sich, wie gewöhnlich, um sog. Lymphdrüsenpakete handelt, nach denselben Prinzipien, wie die affizierten Achseldrüsen bei Carcinoma mammae entfernt.

Die Ausschabung erweichter tuberkulöser Drüsen mit dem scharfen Löffel ist unzuverlässig, weil mindestens die erkrankte Drüsenkapsel, meist auch schon geschwellte und tuberkulös infizierte Lymphdrüsen der Nachbarschaft, die jedoch noch nicht erweicht sind, zurückbleiben und zu Recidiven Veranlassung geben. Indes ist die Ausschabung doch nicht immer zu vermeiden.

35. Ob Arsenik, intern gebraucht, auch bei tuberkulösen (skrofulösen) Lymphdrüsengeschwülsten wirksam ist, mufs erst durch weitere Beobachtungen festgestellt werden.

Allgemeine Betrachtungen.

36. Der tuberkulöse Charakter einer Affektion ist nicht zu bezweifeln, wenn die Impfung positive Resultate ergibt, der Tuberkelbacillus aufgefunden wird, und die anatomische Untersuchung die bekannten Strukturverhältnisse in den erkrankten Geweben nachweist. Alle drei Voraussetzungen treffen für die bisher besprochenen Erkrankungen zu. Hingegen ist es noch nicht erwiesen, dafs das tuberkulöse Gewebe immer die follikelartige Anordnung darbieten müsse.

37. Die Verbreitung der Tuberkulose erfolgt auf verschiedenen Wegen und auf sehr verschiedene Weise:

a. Dadurch, dafs der ursprüngliche Herd wächst.

b. Durch Eindringen des tuberkulösen Virus (Bacillen) von dem ursprünglichen Herde aus in die Lymphgefäfse. Dieser wahrscheinlich unendlich häufige, ja fast regelmäfsige Vorgang führt gewöhnlich nicht zur Generalisation, insofern die Lymphdrüsen die spezifischen Krankheitserreger nicht nur zurückhalten, sondern offenbar auch in vielen Fällen vernichten. Die Bedeutung der Lymphdrüsen als Schutzapparate und Filtra bei örtlichen infektiösen Prozessen aller Art ist noch nicht hinreichend gewürdigt. Selbst wenn die Lymphdrüse nun infiziert wird und schwer tuberkulös erkrankt, ist die Generalisation noch in sehr weitem Felde, da, falls auch von ihr aus das Virus weiter gelangt, dasselbe in höher gelegenen Lymphdrüsen von neuem aufgehalten wird. Die Generalisation tritt erst ein, wenn die letzte Lymphdrüse, die zwischen dem erkrankten Teile und dem Blutstrom liegt, überwunden, oder der Ductus thoracicus selbst erkrankt ist.

c. Durch Eindringen des tuberkulösen Giftes in einen serösen Sack von einem benachbarten tuberkulösen Herde her.

d. Durch die in gleicher Weise erfolgende Einbringung von tuberkulösem Gifte, oder von dasselbe enthaltenden Produkten der Eiterung und des Zerfalls in mit Schleimhaut ausgekleidete Kanäle und Höhlen.

e. Durch Eindringen des Giftes von einem benachbarten Herde aus in ein nicht thrombiertes, meist gröfseres, namentlich venöses Gefäfs, oder in eine direkt ins Blut führende Lymphbahn, wonach sodann die Generalisation, die akute allgeme Miliartuberkulose folgt. Die tuberkulose Erkrankung einer Venenwand von einem anstofsenden Herde aus ist als die gewöhnlichste Ursache dieses Vorganges anzusehen.

Betrachten wir diese Möglichkeiten, so leuchtet sofort ein, dafs die Tuberkulosen der Knochen, der Haut, des Zellgewebes, der Gelenke, der Lymphdrüsen sehr viel weniger Gefahren darbieten müssen, als die der Respirationsorgane oder des Intestinaltractus. Die Fistula ani ist dadurch günstiger situiert, dafs die infektiösen Stoffe wenigstens rasch nach aufsen befördert werden; dagegen wird sich, was die Gefahr anbelangt, die Tuberkulose der Harnwege in keiner günstigeren Lage befinden, als die der Lunge und des Darmes. Die Tuberkulose des Hodens wird erfolgreich operativ zu behandeln sein, solange der Samenstrang nicht erkrankt ist, etc.

38. Die Empfänglichkeit für das tuberkulöse Gift ist beim Menschen auf gewisse Individuen, und selbst bei diesen wieder auf gewisse Zeiten und bestimmte Organe und Gewebe beschränkt. Bei der Häufigkeit des Vorkommens von tuberkulösen Erkrankungen aller Art in unsern Gegenden, ich will sagen, im nördlichen Europa, müssen sich wohl alle Menschen oft genug einmal Tuberkelgift inkorporieren, vor allen Dingen solche, die unausgesetzt mit Tuberkulösen verkehren.

39. Diese Empfänglichkeit ist auch bei den Erkrankungsformen, mit denen der Chirurg zu thun hat, gewöhnlich durch hereditäre Belastung überkommen. Doch eignet sich das Krankenmaterial der Hospitäler und Kliniken weniger zu statistischen, diese Verhältnisse ermittelnden Untersuchungen, weil die Kranken niederer Stände meist zu wenig Auskunft, selbst über ihre näheren Angehörigen, geschweige denn über den weiteren Kreis ihrer Blutsverwandtschaft zu geben vermögen. Der erfahrene, ältere Arzt, der grofse Familienkreise übersieht, wird, glaube ich, immer konstatieren, dafs fungöse Gelenkentzündungen, Caries, tuberkulöse Lymphdrüsengeschwülste und dgl. in gesunden Familien im allgemeinen nicht vorkommen.

40. Die tuberkulösen Erkrankungen treten sehr häufig multipel auf, indem entweder:

a. gleich bei der ersten Inkorporation des Giftes dasselbe an verschiedenen Orten deponiert wird. Die Multiplizität der Herde bei Spina ventosa (Paedarthrocace) ist bekannt. Weniger Beachtung hat bislang die akute Invasion der Tuberkulose mit vielfachen, Schlag auf Schlag, rasch hintereinander, bei bis dahin völlig gesunden Individuen in den verschiedensten Organen und Geweben sich entwickelnden Herden gefunden, wie sie sowohl bei Kindern als bei Erwachsenen und selbst bei älteren Leuten vorkommt. Die betreffenden Individuen werden einem solchen Anfalle öfters erliegen; sie können aber auch völlig geheilt aus dem Sturme hervorgehen und nachher gesund bleiben.

b. Oder aber die Tuberkulose tritt multipel auf, indem zu verschiedenen Zeiten, unabhängig voneinander, verschiedene Infektionen von aufsen erfolgen. Ein Kranker leidet in der Jugend an Lyphdrüsentuberkulose, bekommt gegen die Pubertät hin einen Tumor albus oder eine Arthrocace und stirbt in den dreifsiger Jahren an Lungenschwindsucht. Das ist etwas ganz Gewöhnliches, und kann diese Erscheinung nicht befremdlich erscheinen, da durch eine überwundene tuberkulöse Erkrankung die Empfänglichkeit für das tuberkulöse Gift nicht abgeschwächt wird, die in Frage kommenden Individuen mindestens in der grofsen Mehrzahl dieser Fälle eine individuell gesteigerte Empfänglichkeit für das Gift besitzen, und das Gift sie überall umgibt[1].

41. Es liegt also kein Grund vor, in Fällen multipler Herderkrankungen die jüngeren als von dem ältesten Herde aus sekundär durch Autoinfektion entstanden zu betrachten und namentlich den tuberkulösen Gelenk- und Knochenkrankheiten, wie es neuerdings vielfach geschehen ist, den metastatischen Charakter zu vindizieren. Dieser metastatische Charakter ist bisher nur für die Lokalisationen der akuten allgemeinen Miliartuberkulose bewiesen. Die Autoinfektion ist auf die in These 37 sub b—d bezeichneten Fälle beschränkt.

42. Die operative Entfernung eines tuberkulösen Herdes wird selbstverständlicherweise die Entstehung einer akuten allgemeinen Miliartuberkulose oder die weitere Infektion von Lymphdrüsen von diesem Punkte aus unmöglich machen, aber sie verhindert nicht die spätere Entstehung gleichwertiger Erkrankungen an andern Orten, und beseitigt nicht etwa die Gefahr einer späteren Lungentuberkulose. Ein Individuum, welches z. B. in der Jugend wegen einer tuberkulösen Kniegelenkaffektion eine Oberschenkelamputation erlitten hat, bleibt auch noch nach 10 und 15 Jahren gefährdet oder wenigstens Gegenstand der Besorgnis, weil bei ihm die Empfänglichkeit für das tuberkulöse Gift nachgewiesen ist und zwar nicht notwendigerweise aber doch möglicherweise noch fortbesteht.

[1] In praxi lassen sich freilich diese beiden Formen der Multiplizität oft nicht voneinander trennen, und würde selbst ihre anatomische Scheidung oft grofse Schwierigkeiten machen müssen, wenn die von einigen Autoren ausgesprochene Ansicht, die ich übrigens teile, richtig ist, dafs das tuberkulöse Gift, nach seiner Einführung in den Körper, in den Geweben längere oder selbst lange Zeit liegen bleiben kann, ehe es die zu seiner Entwickelung günstigen Bedingungen findet. Herde von anscheinend sehr verschiedenem Alter und in sehr verschiedenen Stadien ihrer Entwickelung, würden alsdann möglicherweise zeitlich auf ein und dieselbe Infektion zurückzuführen sein. Die Lehre von dem metastatischen Charakter der Herdtuberkulosen (vgl. die folgende These — Nr. 41 —) würde dann auch anatomisch jeden sicheren Boden verlieren.

43. Die örtlichen Recidive nach Operationen bei tuberkulösen Erkrankungen, das Wieder-Fungöswerden der Wunde etc., finden ihren Grund nicht in der Konstitution des Kranken, in der tuberkulösen oder skrofulösen Diathese, wie man sich dies gewöhnlich vorstellt; sie sind vielmehr ausschliefslich dadurch bedingt, dafs die Operation keine reine war, und dafs irgendwo tuberkulöses Gewebe zurückblieb, welches nachher weiter wucherte und auch die gesunden Granulationen, Gewebe, Narben wieder infizierte.

Nach Amputationen in völlig gesunden Teilen kommen selbst bei Personen mit vorgeschrittener Lungentuberkulose Recidive am Stumpf (Fungöswerden der Amputationswunde) nicht vor. Im Gegenteil heilen in solchen Fällen die trockenen Gewebe der abgemagerten Glieder besonders leicht prima intentione. Es ist daher, wenn man einmal zur Amputation schreitet, wünschenswert, keine Fisteln in den Lappen zurückzulassen.

Ich habe auch nie gesehen, dafs bei einem skrofulösen Kinde, oder dafs bei einem Tuberkulösen, selbst mit manifester Lungenphthise, nach einer Amputation wegen eines Traumas, oder nach der Exstirpation eines Lipoms etc., oder endlich bei einer Verletzung: einer ausgedehnten Zerreifsung der Weichteile, die Monate zu ihrer Verheilung erforderte, einer komplizierten Fraktur etc., jemals die Wunden fungös geworden wären. Ich frage an, ob überhaupt jemand einen derartigen Vorgang sicher beobachtet hat. Die Mitteilung genau beobachteter und untersuchter solcher Fälle wäre von grofser Bedeutung.

47. Der Streit über die Identität von Tuberkulose und Skrofulose ist immer noch nicht ausgefochten.

Zunächst würde festzustellen sein, welche Formen auch leichterer sogen. skrofulöser Affektionen noch durch den Tuberkelbacillus hervorgerufen werden. Ich habe in einem Falle von Ekzem am Arm, den, glaube ich, jeder Dermatologe als Ekzem diagnostiziert hätte, und wo ich die Untersuchung nur vornehmen liefs, weil skrofulöse, erweichte Kubitaldrüsen vorhanden waren, in den abgeschabten ekzematösen Epidermismassen Tuberkelbacillen konstatiert.

Sodann würde zu untersuchen sein, in wie weit durch die Skrofulose chronische Entzündungen, Hyperplasien und überhaupt Gewebsveränderungen erzeugt werden, die einen günstigen Nährboden für das tuberkulöse Gift erzeugen. Für die Lymphdrüsen scheint ein derartiges Verhältnis erwiesen.

Endlich würde nicht zu übersehen sein, dafs bei dem Streit über die Identität von Skrofulose und Tuberkulose die Fragestellung oft nicht hinreichend logisch formuliert worden ist. Bei Tuberkulose denkt man meist an den lokalen Prozefs, bei Skrofulose mehr an eine gewisse, freilich ihrem Wesen nach unbekannte Konstitutions- und Ernährungsanomalie, an eine besondere Disposition, Diathese, an hereditäre Belastung, die zum grofsen Teile mit der für Tuberkulose angenommenen zusammenfällt.

Ein Individuum, welches bei der genauesten Untersuchung seiner Organe keine Abweichung von der Norm und nicht die geringsten lokalen Veränderungen darbietet, wird man nicht tuberkulös nennen; wohl aber skrofulös ein zur Zeit völlig gesundes Kind, das bereits eine Reihe von Affektionen durchgemacht hat, die man zur Skrofulose rechnet. Ja man wird es vielleicht selbst dann skrofulös nennen, wenn nur ein Teil seiner Geschwister an skrofulösen Affektionen gelitten hat, und Tuberkulose in der Familie zuhause ist.

48. Es ist nicht zu bezweifeln, dafs gewisse Arzneimittel, örtlich auf tuberkulös erkrankte Gewebe appliziert, einen heilsamen, vielleicht selbst spezifischen Einfluſs ausüben. Die günstige Wirkung von Quecksilberpräparaten bei Lupus (graue Salbe) ist z. B. nicht zu bestreiten. Doch gehen die Ansichten noch weit auseinander, und ist eine weitere, unausgesetzte, vergleichende Prüfung derartiger Mittel dringend wünschenswert. In Betracht kommen neben den Quecksilberpräparaten besonders Jodoform, Jod, Arsenik, Milchsäure etc.

Das Gesagte gilt in gesteigertem Mafse von der internen Anwendung von Arzneimitteln.

Diskussion über A. I. Tuberkulose der äufseren Hautdecken und des Zellgewebes:

Volkmann präzisiert zunächst nochmals die Verschiedenheit des Lupus und der Hauttuberkulose, indem er darauf aufmerksam macht, dafs diese beiden Erkrankungen, obwohl durch das gleiche Virus erzeugt, doch klinische und physiologische Unterschiede darböten, die eine gesonderte Betrachtung benötigten. Es sei das besonders wichtig für die Prognose insofern, als der Lupus ungemein leicht recidiviere, dagegen viel schwerer zu späteren tuberkulösen Prozessen an andern Organen führe, während die Hauttuberkulose leicht in loco dauernd geheilt werden könne, ohne die Eigenschaften des Lupus für das spätere Ausbleiben gleichartiger Erkrankungen an andern Orten des Körpers zu teilen. Der erfahrene Blick lasse hier bezüglich der Prognose oft das Richtige treffen.

v. Langenbeck (Wiesbaden) hält Lupus und Tuberkulose der Haut für identisch, da sich in beiden der Tuberkelbacillus nachweisen lasse. Er macht unter Vorlegung einer Abbildung aufmerksam auf die ähnlich wie nach Verbrennungen auftretenden Fingerkontrakturen nach Ausheilung des Lupus der Hand und empfiehlt, zeitig dagegen einzuschreiten.

König (Göttingen) stimmt mit den von Volkmann aufgestellten Thesen im Prinzip überein. Nicht einverstanden ist er mit dessen Ansicht, dafs man Kongestionsabscesse bei Spondylitis so häufig primär heilen könne, wie V. das angebe; es würde sich da zum Teil wohl nur um vorübergehende Heilungen der Weichteilserkrankung, nicht um die der primär affizierten Knochen handeln. In zweiter Linie möchte er hervorheben, dafs eine Abscefsmembranbildung, wie sie V. als charakteristisch für tuberkulöse Eiterhöhlen beschrieben, auch noch einem 2. Prozesse, nämlich der Osteomyelitis, in späteren Stadien zukomme. Auch hier könne man quadratzollgrofse, violettgraue oder graugelbe, opake Membranfetzen von den Abscefswandungen ablösen, die allerdings dann nicht mit Tuberkeln durchsetzt seien.

Doutrelepont (Bonn) erinnert bezüglich der Einteilung der Hauttuberkulose an die Einteilung, die von Neisser (in dem v. Ziemssenschen Werk) festgehalten ist: Lupus (von dem Lupus erythematodes auszuschliefsen sei), Scrophuloderma (Gomme scrophuleuse, jetzt tuberculeuse) und tuberkulöse Geschwüre (gewöhnlich am Lebensende tuberkulöser Individuen als Metastasen auftretend). Alle liefsen als charakteristisch Tuberkelbacillen nachweisen, die, wie neuere, von D. selbst noch nicht nachgeprüfte Untersuchungen erwiesen, vielleicht in den tuberkulösen Geschwüren in gröfseren Mengen zu finden seien. Im Anschlufs hieran gedenkt D. der sogenannten papillösen Formen des Lupus an der Hand, die am Rhein häufiger vorzukommen scheine als anderwärts und besonders dadurch ausgezeichnet sei, dafs die mikroskopische Untersuchung sie nicht von dem Epithelialkarcinom zu unterscheiden vermöge, wie D. das bei so gewiegten pathologischen Anatomen wie Rindfleisch und Köster selbst erlebt habe. Der gutartige Verlauf bestätige die klinische Diagnose des Lupus.

Volkmann hat Fälle letzterer Art, die sogar mit elephantiastischen Verdickungen der Teile einhergingen, auch in Halle gesehen. Auch bei diesen war es unmöglich, rein anatomisch die Unterscheidung von Karcinom zu machen; — ein Umstand, der dem Chirurgen das Interesse an der pathologisch-anatomischen Diagnose des Karcinoms mindere und dasselbe auf die noch zu beantwortende Frage der Ätiologie des Krebses konzentriere.

Lassar (Berlin) glaubt darin, dafs der Lupus häufig sonst blühende Menschen befalle, so hartnäckig recidiviere und schliefslich häufig ohne Folgeerscheinungen innerhalb andrer Organe verlaufe, Gründe genug zu sehen, den Lupus von den echten Tuberkulosen zu trennen. Bacillären Ursprungs sei er wohl sicher und darum zweifellos verwandt mit der Tuberkulose, deshalb aber noch nicht identisch mit ihr. Einen anatomischen Unterschied von andern tuberkulösen Herderkrankungen finde er in der reichlichen Entwickelung eines Kranzes venöser Gefäfse in der Umgebung der Lupusknötchen.

v. LANGENBECK macht dagegen die ihm geläufige Erfahrung geltend, dafs scheinbar blühende Menschen selbst nach geheiltem Lupus später doch an der Tuberkulose zu Grunde gingen.

KÖNIG stimmt dem bei und betont, dafs die Häufigkeit der Recidive bei Lupus von der Unzulänglichkeit des Eingriffs abhänge, im übrigen aber auch die Tuberkulose andrer Organe leider eine grofse Fähigkeit zu Rückfällen selbst nach langer Zeit konstatieren liefse. Er selbst sah ein Recidiv am Kniegelenk 65 Jahre nach den ersten Erscheinungen bei einer 70jährigen Frau.

DOUTRELEPONT glaubt bestimmt aussprechen zu können, dafs nur der Mangel einer guten Statistik den Nachweis der Erkrankung andrer Organe nach Lupusinvasion vermissen lasse. Soweit er Erhebungen gemacht habe, seien Späterkrankungen recht häufig. Ausschlaggebend für die Beurteilung des Lupus bezüglich seiner Ätiologie seien der Bacillenbefund und die mit den gewonnenen Bacillen angestellten erfolgreichen Impfungen.

ESMARCH (Kiel) lehrte schon vor dem Nachweis der Bacillen, dafs Lupus Hauttuberkulose sei, gestützt auf die Thatsache, dafs derselbe sich so häufig von Fisteln tuberkulöser Knochen oder skrofulöser Drüsen entwickele. Für eine weitere häufige Eingangspforte des bacillären Giftes halte er die chronischen Ekzeme des Gesichtes. Eine Heilung gelinge nur bei ganz energischem Zugreifen mit Löffel, Schere, Thermokauter. Am radikalsten sei die Exstirpation der gesamten erkrankten Partien bis ins Gesunde hinein. Die entstehenden Defekte müssen mit Transplantation grofser Hautstücke gedeckt werden.

v. LANGENBECK sah trotz des zuletzt erwähnten Verfahrens Recidive sogar in gesund überpflanzten Hautstücken.

v. BERGMANN (Berlin) stimmt den von VOLKMANN aufgestellten Sätzen im ganzen bei, möchte aber alles, was von Hautaffektionen tuberkulöser Natur existiert, dem Lupus zurechnen. Wogegen

VOLKMANN nochmals hervorhebt, dafs eben die grofse Rückfallsfähigkeit der dem Lupus angehörigen Veränderungen diesen eine Ausnahmestellung gebe. Dem Aussehen nach imponierten die andersartigen Affektionen durch die Unterminierung des Hautrandes etc., so dafs V. sich verpflichte, aus diesen Momenten die rasche Heilbarkeit derartiger Affektionen im vorhinein zu bestimmen.

Auch KÖNIG glaubt, dafs gerade die Zerstörung und Unterminierung der Haut dem skrofulösen Geschwür zukomme, nicht dem mehr distinkt auftretenden, in Knötchen geordneten Lupus.

SCHEDE (Hamburg) sah skrofulöse Weichteilsabscesse ohne jede Beteiligung des Knochens besonders am Rücken und Oberschenkel nicht selten. Die Heilung gelang nach sorgfältiger Spaltung und Ausräumung der Gänge und Rezesse ausnahmslos prim. int. Die genannten Befunde stehen also, was die Häufigkeit derselben anlangt, im Gegensatz mit VOLKMANNS These No. I, 3.

Diskussion über A. II. Tuberkulöse Erkrankungen der dem Chirurgen zugänglichen Schleimhäute.

MAAS (Würzburg) unterscheidet eine geschwürige und eine tuberöse Form der Zungentuberkulose. Letztere sei besonders schwer von dem Karcinom und der Lues zu differenzieren. M. hatte Gelegenheit, zweimal die Knotenform der Tuberkulose an der Zunge zu sehen und zu exstirpieren. Die mikroskopische Untersuchung ergab geringe Mengen von Bacillen innerhalb der Schleimhaut neben einer reichen Ansammlung derselben in der Muskulatur; — ein Verhalten, dem man bei der Tuberkulose des Uterus wieder begegnet. Das Evidement nützt aus diesem Grunde wenig, und sollte stets die Excision der kranken Partien vorgenommen werden. Die Prognose gestaltet sich dann gut, wie auch M. in seinen beiden Fällen sah.

KÖNIG (Göttingen) möchte auf eine von VOLKMANN nicht erwähnte Form der Nasentuberkulose aufmerksam machen, die sich in der Gestalt eines Fibroms

am Septum nar., den Muscheln, nicht selten von Schleimpolypen umhüllt, darstellt und mikroskopisch fibröses Gewebe mit Bacilleneinlagerungen erkennen läfst. Die Erscheinung gehört nicht zu den seltenen.

Riedel (Aachen) hat ebenfalls einen solchen Knoten aus der Nase exstirpiert. Einen ähnlichen kleineren Tumor gewann er durch Operation an der Zunge in einem andren Falle. Auf dem Durchschnitt machte der letztere Knoten den Eindruck eines zusammengerollten Rosenkranzes, die mikroskopische Untersuchung ergab den Befund von Bacillen.

Kraske (Freiburg) erwähnt einer Wangenschleimhauttuberkulose in Geschwürsform mit infizierter Drüse am Kieferwinkel. Auf die geeignete Behandlung erfolgte Heilung.

Diskussion über A. III. Tuberkulose des Uro-Genitalapparates.

König (Göttingen) will bei der Tuberkulose des Hodens zwischen einer primären und sekundären unterscheiden. Erstere erfasse zuerst den Hoden und wandere von da durch den Samenstrang nach der Harnröhre und Blase, die sekundäre sei deszendierend und gehe in umgekehrter Richtung von der Blase nach dem Hoden.

v. Langenbeck (Wiesbaden) warnt vor dem zu schnellen Kastrieren. Bei Kindern und jungen Leuten sah er die Hodentuberkulose recht häufig heilen, ohne so schwere Eingriffe. Auch scheine ihm das seiner Zeit empfohlene Malgaignesche Verfahren, welches in der Excision von keilförmigen Stücken aus dem erkrankten Organe bestehe, ratsam. Im späteren Mannesalter schrecke auch er nicht vor einer radikalen Exstirpation zurück, sah dabei die Leute jedoch nicht immer vor Recidiven geschützt bleiben.

Volkmann (Halle) sei gewöhnt, so grofse Zerstörungen durch die Tuberkulose am Hoden zu sehen, dafs dieser dem Besitzer sicher nichts mehr nütze und einer Operation anheimfallen dürfe. Bei Kindern beschränke auch er sich nur auf das Notwendigste.

Schede (Hamburg) sah bei gründlichem Evidement nach sorgfältigster Spaltung aller Fisteln gute Heilungen ohne Recidiv eintreteten.

P. Gueterbock (Berlin) betont hinsichtlich der Hodentuberkulose den Unterschied des Verlaufes bei Kindern und Erwachsenen. Im ersteren Falle wären Heilungen — einzelne Fälle von vielleicht angeborener Hodentuberkulose abgerechnet — mit und ohne Behandlung die Regel; bei älteren Personen hatte er dagegen meist traurige Erfahrungen zu machen, indem in den von ihm persönlich erhobenen Beobachtungen die Hodentuberkulose fast niemals isoliert von andern ähnlichen Erkrankungen des Urogenitalsystems vorkomme. Überdies hat man es oft nicht in der Hand, zur rechten Zeit das erkrankte Organ zu entfernen, da namentlich bei chronischem Verlauf dies zuweilen verweigert wird, und der Arzt dann in bezug auf sein chirurgisches Eingreifen sich mehr oder weniger in Abhängigkeit vom Pat. befindet.

Volkmann hat oft isolirtes Vorkommen von Hodentuberkulose beobachtet und durch Kastration dauernde Heilung erzielt. Noch nie dagegen hat er bei Kindern die Kastration ausgeführt.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland, Österreich, Rufsland, Schweiz.

Uber **Quecksilberchloridharnstoff**, ein neues Antisyphilitikum berichtet seine Erfahrungen Dr. Schütz (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1885. No. 14). Liebreich selbst hat neuerdings aufser seinem Formamid die Amidverbindungen

des Quecksilbers überhaupt zur Behandlung der Syphilis vorgeschlagen und beschreibt die Wirkung dieser Präparate als eine unter sich ähnliche. Ferner hat Wolff in Strafsburg günstige Erfahrungen mit Glykokollquecksilber, Asparaginquecksilber und Alaninquecksilber schon 1883 veröffentlicht. Die gute Wirkung des Glykokollquecksilbers wurde von Schütz durch Versuche an der Bonner Klinik bestätigt, es hatte jedoch auch seine Nachteile, nämlich leichte Zersetzlichkeit und teurer Preis. Das war die Veranlassung, an Stelle des Glykokolls den Harnstoff zu versuchen. In eine 1proz.-Sublimatlösung wurde einfach 0,5 Harnstoff eingetragen und hiervon täglich 1 g subkutan injiziert. Die Wirkung der Lösung ist eine relativ rasche. Ein Hauptvorzug ist ihre Schmerzlosigkeit; Patienten, welche abwechselnd mit Quecksilberchloridkochsalzlösung und Quecksilberchloridharnstofflösung oder mit Glykokollquecksilberlösung und Quecksilberchloridharnstofflösung injiziert wurden, verlangten stets nach der Harnstofflösung als der weniger empfindlichen Einspritzung. Zumeist erscheint nach den Harnstoffeinspritzungen kein Schmerz, sondern nur ein Gefühl von leichter Spannung, deren Dauer auf 2—6 Stunden angegeben wird. Auch die Ausscheidung des Präparates aus dem Organismus erfolgt rasch. Es gelang in der 24stündigen Harnmenge nach einer Quecksilberchloridharnstoff-Injektion der Nachweis des Quecksilbers deutlich. Recidive treten entsprechend der schnellen Ausscheidung durchschnittlich schon nach $7^1/_2$ Wochen ein.

Reimer (**Zur Therapie der Variola mit Natrium salicyl.** *St. Petersb. Med. Wochenschr.* 1885. No. 19 und 20) hatte Gelegenheit, an 1300 Fällen (teils Hospital- teils Privatpraxis) den Wert der vielen empfohlenen Behandlungsmethoden zu studieren. Es handelt sich bei der Therapie der Variola womöglich um ein Abortivmittel; bei ausgebildeten Fällen um eine Verminderung des Fiebers, Unterdrückung der Pustelbildung, Verhinderung des Auftretens entstellender Narben. Von den mit Traumaticinpinselungen behandelten Kindern gingen vier an Septikämie zu Grunde, und ist Reimer geneigt anzunehmen, dafs die impermeable Hülle eine Resorption des sich zersetzenden Eiters begünstigt. Ätzungen mit konzentrierten Lapislösungen auf die beginnenden Pusteln machen den Patienten Qualen, welche in keinem Verhältnis zu dem durchaus negativen Resultate stehen. Jodpinselungen nach Hebra machen zwar weniger Schmerzen, das Abfallen der Borken wird auch etwas beschleunigt, die Narben werden aber ebenso grofs. Sublimat wurde als Umschlag in Lösung von 1 : 500 viermal täglich 10 Min. lang aufgelegt; die Wirkung war eine kaum merkbare, jedoch sagt Verf. selbst, er sei mit dem Sublimat zu vorsichtig gewesen. Die glänzenden Resultate, welche Schwimmer mit seiner Karbolpaste bei Erwachsenen erzielte, konnte Verf. für Kinder nicht bestätigen. Es wurde angewandt:

Acid. carbol.	4,0—10,0
Olei Olivarum	40,0
Cretae	60,0

f. pasta mollis.

Die Kinder liefsen sich die Paste zum Teil gar nicht auflegen, zum Teil kratzten sie dieselbe wieder herunter; daher auch der Mifserfolg. Übrigens trat dabei auch in 13 Fällen schwere Karbolvergiftung auf. Auch innerlich wurde die Karbolsäure gegeben, mufste aber wegen Reizung der Magenschleimhaut wieder verlassen werden, ebenso erging es der Tinct. Sarraceniae purpureae und dem Xylol.

Zufällig wandte Verf. auch Salicylsäure innerlich an, um das Fieber herabzusetzen, und beobachtete an allen so behandelten Kranken schon vom zweiten Tage an Stehenbleiben der Entwickelung der Pusteln und rapides Eintrocknen. Es wurde bis 9 g Natrium salicyl. pro die gegeben. Vor der Medikation waren im Blut viele Bacillen zu sehen, nach der Medikation waren dieselben verschwunden. Die Wirkung der Salicylsäure ist eine chemische; sie beruht auf

behinderter Peptonisierung des Pustelinhaltes. REIMER glaubt nach seinen Erfahrungen, dafs sich die Salcylsäure mit der Zeit einen dauernden Ruf in der Behandlung der Variola erringen wird.

A. HÄCKER (*St. Petersb. Med. Wochenschr.* 1885. No. 25) fand in 2 Fällen von **Erysipel** bedeutende Verminderung der Schmerzen durch Aufpinseln einer Kokainsalbe 0,3 : 15,0 eintreten. Bei der Behandlung wunder Brustwarzen hat der Verf. die Erfahrung UNNAS bestätigt gefunden, dafs nicht nur durch Kokain die Schmerzen schwinden, sondern auch die Entstehung von Entzündungen verhütet zu werden scheint.

Über Abortivbehandlung der Syphilis durch Exstirpation der Sklerose und der Inguinaldrüsen von Prof. Dr. J. NEUMANN. (*Wiener Med. Bl.* 1885. No. 20, 21, 22.) In 3 Fällen wurde die Exstirpation mit negativem Erfolge gemacht. Der gröfste Teil der günstigen Resultate der Abortivbehandung wird von Anhängern der Unitätslehre angeführt. N. will doch diese Versuche fortsetzen.

Altona. APPEL.

Ekzem marginatum behandelt FUNK (Warschau) mit:

℞ *Acid. salicyl.* 10,0
Ichthyoli puri 20,0
Spir. vini 100,0

MDS. mit einem Borstenpinsel 2 mal täglich einreiben, dann einpudern.

Diese Behandlung wirkt sehr energisch, daneben aber auffallend mild, ohne wahrnehmbare Reizung; sie ist denkbar einfach und reinlich.

Ein schwerer Fall von Ekzema marg., welcher $^2/_3$ der Hautoberfläche okkupierte und seit 18 Jahren dauerte, wurde, in dieser Weise behandelt, binnen 3 Wochen geheilt. (*Gazeta Lekarska.* 1885. No. 23.)

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur.

NEUMANN, ISIDOR, *Neuere Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hausyphilide, deren Verlauf und das indurirte Dorsallymphgefäfs.* Sep.-Abdr. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis.* 1885.

— *Über Reizung und Syphilis.* Sep.-Abdr. *Allg. Wr. mediz. Ztg.* 1885. No. 27—29.

— *Über Abortivbehandlung der Syphilis durch Exstirpation der Sklerose und der Inguinaldrüsen.* Sep.-Abdr. *Wr. mediz. Blätter.* 1885. No. 20—22.

Inhalt: W. A. HARDAWAY, Die Radikalbehandlung der Hypertrichosis mittels Elektrolyse. (Mit 1 Abbildung.) — P. MICHELSON, Über Impfungen mit Gemischen von humanisierter Vaccinelymphe und antiseptischen Flüssigkeiten. — V. JANOWSKY, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Schankerbubonen. (Schlufs.) — UNNA, Nadelhalter zur elektrolytischen Behandlung der Haarbälge. (Mit 4 Abbildungen.) — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.**

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Sendungen sind an einen der Herausgeber oder an die Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 18 zu richten.

Ausländische Korrespondenten der Redaktion: Dr. H. G. BROOKE in Manchester, 189. High Street, Oxford Rd. — Dr. GEORGE THOMAS JACKSON in New York, 14 East 31th Street. — Dr. E. PONTOPPIDAN in Kopenhagen, Kjøbmagergade 52. — Dr. E. RENOUARD in Paris, 8 Rue St. Lazare.

Anzeigen.

Gelatina Zinci (Zinkleim) 10% (nach Unna)
4 kg in einer Blechdose = 1 Postpacket incl. Dose 13 ℳ.

Gelatina-Zinco-Ichthyoli (Zinkichthyoleim) 10:2% (nach Unna)
4 kg in einer Blechdose = 1 Postpacket incl. Dose 21 ℳ.

Kautschuk-Heftpflaster:
Collemplastrum, Belladonnae, boricum, Hydrargyri album, ciner. und rubr., salicylicum, Sublimati und Zinci.

Salbenmulle = Unguenta extensa.

Saponimente = Medizinische Opodeldoke.

(Näheres auf gefällige Anfrage)
empfiehlt die Papier- u. chem. Fabrik in Helfenberg b. Dresden.
Eugen Dieterich.
(NB. Alle unsre Artikel sind durch die Apotheken zu beziehen).

Verlag von LEOPOLD VOSS in Hamburg.

Lehrbuch

der

Physiologie

für

akademische Vorlesungen

und

zum Selbstudium.

Begründet von RUD. WAGNER,
fortgeführt von OTTO FUNKE.
Neu herausgegeben von

Dr. A. Gruenhagen,
Professor der Medizin. Physik an der Universität zu Königsberg i. Pr.

Siebente, neu bearbeitete Auflage.

Mit etwa zweihundertundfünfzig in den Text gedruckten Holzschnitten.

In drei Bänden.

Erster Band. VII u. 682 S. Mit 71 Holzschnitten. ℳ. 12.—

Erscheint auch in ungefähr 10 Lieferungen von 10—12 Bogen. Preis der Lieferung **3 Mark.**

Verlag von LEOPOLD VOSS in Hamburg.

Dr. Hermann Koehler's

Ärztliches

Rezept-Taschenbuch.

Zugleich eine gedrängte Übersicht

der

Gesamten Arzneimittellehre

für

Kliniker und praktische Ärzte.

Nach „Justus Radius' auserlesene Heilformeln."

Zweite Auflage.

Auf Grund der Pharmacopoea Germanica. Ed. II.

umgearbeitet von

Dr. Arthur Jaenicke
in Breslau.

kl. 8 (Taschenformat). XII u. 295 S. 1884.

Preis broschiert M. 4.—; gebunden in Leinwand (als Taschenbuch) M. 5.—

Bad Nenndorf

Privat-Winterkur bei

Dr. Ewe.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von J. F. **Richter** in Hamburg

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 11. November 1885.

Über das Verhältnis des Herpes gestationis und gewisser andrer Dermatosen, zur Dermatitis herpetiformis.[1]

Von

Louis A. Duhring, M. D.,

Professor der Hautkrankheiten an der Universität von Pennsylvania.

In meiner ersten Arbeit über Dermatitis herpetiformis, welche ich der American Medical Association unterbreitete[2], wurde diese Krankheit beschrieben, ihre Symptome und Varietäten festgestellt. Ich konstatierte damals, dafs die pustulöse Modifikation derselben dasselbe Krankheitsbild darstellt, welches von Hebra als „Impetigo herpetiformis" beschrieben ist. Dieser letztere Gegenstand ist des näheren behandelt in einem Aufsatze, den ich dieser Gesellschaft bei ihrer letzten Zusammenkunft[3] mitteilte.

Bei derselben Gelegenheit veröffentlichte ich eine „Vorläufige Notiz über das Verhältnis der Dermatitis herpetiformis zum Herpes gestationis und andern ähnlichen Erkrankungsformen"[4], in welcher die Resultate einer ausgedehnten Durchforschung der Litteratur über diesen Gegenstand kurz zusammengefafst sind. Es wurde daselbst konstatiert, dafs sowohl der Herpes gestationis wie viele andre, mannigfach benannte Erkrankungen nur Einzelfälle eines und desselben Prozesses sind, den ich Dermatitis herpetiformis genannt habe.

---

[1] Gelesen vor der Amer. Dermat. Assoc. bei der 9. Jahresversammlung. 1885. Aug. 27.
[2] *Journal of the Amer. Med. Assoc.* 1884. Aug. 30.
[3] *Amer. Journ. of Med. Science.* 1884. Oktober.
[4] *Medical News.* 1884. Nov. 22.

G

Ge

[illegible] sind als Ergänzungen meiner [illegible] und geben das Resultat weiterer [illegible] werden bemerken, daſs die klinischen [illegible] untereinander sich gröſstenteils decken. Es [illegible] sein, für diesen Zweck alle Fälle in extenso [illegible] nur zu zeigen versuchen:

[illegible] Identität des sogenannten Herpes gestationis mit der [illegible] Varietät der Dermatitis herpetiformis.

2. Daſs gewisse andre Formen von sog. Herpes mit verschiedenen Beinamen ebenfalls nur Varietäten desselben Leidens sind.

3. Daſs gewisse Fälle, die als „besondere Formen" beschrieben sind, als Beispiel der vesikulösen und bullösen Abarten dieser Krankheit anzusehen sind.

4. Daſs Fälle von Dermatitis herpetiformis in der Litteratur sich auch unter dem Namen „Hydroa" und diversen andern Titeln verbergen.

Da ich das klinische Bild der Dermatitis herpetiformis zur Genüge gezeichnet[5] und noch in diesem Jahre an zahlreichen Beispielen die wichtigeren Formen derselben kennen gelehrt habe, beabsichtige ich hier nur, auf die hauptsächlichsten Symptome der zwei uns hier interessierenden Abarten, der vesikulösen und bullösen, näher einzugehen.[6]

Die vesikulöse Form wird charakterisiert durch verschieden (nadelkopf- bis erbsen-) groſse, flache oder gewölbte, unregelmäſsige oder strahlige, glänzende, perlgraue oder mattgelbliche, gewöhnlich feste, prall gespannte Bläschen, die der Regel nach von keinem Halo umgeben sind. In den Anfangsstadien können sie nur schwierig erkannt und bei der Untersuchung leicht übersehen werden. Oft muſs man in diesen Fällen eine schiefe Beleuchtung zur Sicherung der Diagnose anwenden. In der Gröſse bestehen die bedeutendsten Differenzen der dicht beisammen stehenden Bläschen, die sich hierdurch von Ekzembläschen unterscheiden. Hier und dort findet man unter ihnen Papeln, Papulovesikeln, Vesikopusteln und kleine Blasen. Die Eruption als ganzes ist disseminiert, indem die Effloreszenzen

---

[5] Notes of a Case of Dermatitis Herpetiformis Extending over Eleven Years, Illustrating the Several Varieties of the Disease. *Philadelphia Medical Times.* 1884. Juli 12. — Case of Dermatitis Herpetiformis (Multiformis) Aggravated by Pregnancy and Irregular Menstruation. *The Medical News.* 1884. Juli 19. — A Case of Dermatitis Herpetiformis (Bullosa). *The New York Medical Journal.* 1884. Juli 19. — Case of Dermatitis Herpetiformis, Illustrating in Particular the Pustular Variety (Impetigo Herpetiformis of Hebra). *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases.* 1884. Aug. — Notes of a Case of Dermatitis Herpetiformis During Thirteen Years. *The New York Medical Journ.* 1884. Nov. 15. — Case of Dermatitis Herpetiformis, with Peculiar Gelatinous Lesions. *The Medical News.* 1885. March 7. — Case of Dermatitis Herpetiformis Caused by Nervous Shock. *Amer. Journ. Med. Science.* 1885. Januar.

[6] Es war ursprünglich unsre Absicht, die sehr verdienstvollen, einschlägigen, zahlreichen Arbeiten des Autors, welche in Deutschland noch nicht zur Genüge bekannt sind, in einer bereits seit längerer Zeit fertig gestellten Übersicht unsern Lesern vorzuführen. Raummangel verhinderte bisher die Publikation der letzteren, die baldmöglichst verwirklicht werden soll. Immerhin wollten wir die Wiedergabe dieses uns freundlichst zur Verfügung gestellten Originalartikels deshalb nicht verzögern.

Anm. d. Red.

mehr oder weniger profus über die betreffende Region, den Hals oder Rücken u. s. f., zerstreut sind, aber sie sind zum gröfsten Teil zu kleinen Gruppen von 2, 3 oder mehreren vereinigt, oder es finden sich auch kleinere Strecken von etwa Thalergröfse, die dicht besetzt mit ihnen sind. Wenn sie sehr dicht beieinander stehen, pflegen sie zusammenzufliefsen wie beim Herpes Zoster, indem sie multilobuläre Bläschen oder Blasen bilden. Wo dies eintritt, erheben sie sich gewöhnlich etwas über ihre Umgebung und sind von einem blafsroten Hofe umgeben, der die unregelmäfsige, eckige und strahlige Begrenzung der Einzeleffloreszenz aufweist. Die Eruption ist gewöhnlich profus, bisweilen so, dafs Ober-, Unterextremitäten und der Rumpf dicht bedeckt sind.

Das auffälligte Symptom ist das Jucken. Nicht selten klagen Kranke auch über Brennen. Das Jucken aber steht im Vordergrunde und ist oft äufserst heftig. Übrigens steht es nicht in direkter Proportion zu der Ausdehnung der Affektion. Es ist ein fortdauerndes Juckgefühl, welches beständiges Kratzen zur Folge hat. Es geht dem Ausbruche gewöhnlich vorher und läfst nicht eher nach, als bis die Bläschen aufgegangen sind. Ich kann nach meiner Erfahrung wohl sagen, dafs es meistens schwerer und andauernder ist als beim vesikulösen Ekzem. Die Bläschen erscheinen langsam, so dafs mehrere Tage oder eine Woche zu ihrer vollkommenen Entwickelung erforderlich sind. Obgleich schon vom Beginne des Ausbruches an viel gekratzt wird, sind Exkoriationen nicht häufig, da die Effloreszenzen nicht leicht bersten und geneigt sind, sich sofort nach der Entleerung wieder zu füllen.

Wenn wir das Thema des Herpes gestationis betrachten, finden wir, dafs der Ausdruck von Milton 1872 eingeführt wurde. Früher schon, im Jahre 1867, gab Erasmus Wilson[7] kurze Notizen über zwei Fälle einer Krankheit, welche er „Herpes circinnatus bullosus" nannte und in einem Kapitel über „chronische Formen des Herpes" abhandelte. In beiden Fällen war das Leiden mit der Schwangerschaft verbunden, indem es mit der Konzeption begann und mit der Geburt aufhörte. Wilson beschreibt sie folgendermafsen:

„Beide Fälle waren ausgezeichnet durch unaufhörlichen, intensiven Juckreiz. Die Blasen waren flach und von der Art des Pemphigus foliaceus, einige mit klarem Serum, andre mit eitriger Flüssigkeit gefüllt und kombiniert mit feuchten Exkoriationen, dünnen Krusten, Papeln und Pruritus. Bei einer Patientin war das Hautleiden das erste Symptom der Schwangerschaft, dauerte während 4 oder 5 Schwangerschaften hintereinander solange an als diese selbst und untergrub die Kräfte und die Gesundheit der Frau. Im übrigen und in den Intervallen zwischen den Graviditäten war die-

[7] *Diseases of the Skin.* 6th Ed. London 1867. p. 294.

selbe kräftig und gesund. Die andre Patientin war eine Frau von 36 Jahren, Mutter von 9 Kindern. Die Eruption entstand zuerst während der 4. Schwangerschaft und begleitete von nun an jede folgende. Nach der Geburt verschwand sie früher wieder, aber nach der letzten, vor 9 Monaten, verblieb sie und nahm einen chronischen Charakter an. In beiden Fällen war die Affektion mit gastrischen Störungen verbunden und hinterliefs eine Pigmentierung und Atrophie der Haut."

Es ist klar, dafs diese Fälle den Herpes gestationis der neueren Autoren schildern und, wie ich bereits nachwies, mit dem Herpes impetiginiformis und der Impetigo herpetiformis von HEBRA identisch sind. Immerhin ist zu bemerken, dafs WILSON keine spezielle Beschreibung der Effloreszenzen und sonstiger Eigentümlichkeiten der Krankheit angibt, und dafs aus diesem Grunde zweifellos die Aufmerksamkeit der Dermatologen nicht speziell dem Gegenstande zugewandt war, bis WILSONS Bericht über einen Fall in dem *Journal of Cutaneous Medicine.* Vol. I. No. 3 erschien, in welchem unter dem Titel: „Über gewisse, ungewöhnliche Formen vesikulöser Eruption" dieses Übel als ein Beispiel von WILSONS Herpes circinnatus bullosus klassifiziert wurde. In MILTONS Buch über die „Pathologie und Behandlung der Hautkrankheiten[8], welches einige Jahre später erschien, wurde dieser Fall wieder erwähnt und bei dieser Gelegenheit zuerst der Name Herpes gestationis gebraucht.

Die Krankheit befiel eine Frau von 45 Jahren, welche im 4. Monat ihrer 8. Schwangerschaft war. Sie begann mit intensivem Jucken, Schmerzen und Hitze in der Haut der Ober- und Vorderarme, auf denen sich alsbald eine vesikulöse und bullöse Eruption entwickelte. Die Blasen hatten die Gröfse einer kleinen Erbse und standen häufig in Gruppen zu zwei oder vier beieinander. Sie waren meistens erhaben und zugespitzt, einige von oblonger Gestalt kommunizierten anscheinend mit ihren Enden. Das Leiden entwickelte sich rasch, so dafs in wenigen Tagen der gröfsere Teil des Körpers befallen war. Das Allgemeinbefinden war gestört und die örtliche Reizung unerträglich. Zwei Wochen nach der Geburt befand sie sich auf dem Wege der Heilung. Sie hat ähnliche Attacken bereits zweimal, bei ihrer ersten und fünften Schwangerschaft gehabt.

Wir treffen nun zunächst auf BULKLEYS Fall[9], welchen er, MILTON folgend, ebenfalls mit Herpes gestationis bezeichnete. Der Fall betraf eine 32jährige Frau, welche sich in der ersten Gravidität befand. Die Hautaffektion trat zwei Monate vor der Geburt auf, zuerst auf Händen und Füfsen, sodann über eine gröfsere Körper-

[8] London 1872.
[9] *Amer. Journ. of Obstetrics.* 1874. Febr.

oberfläche. Sie begann in der Form von Papeln, die sich rasch in Bläschen und dann in Blasen umwandelten. Die Bläschen, welche gewöhnlich in Gruppen standen, variierten in der Grösse von sehr kleinen Erhebungen bis zu grofsen Blasen. Nachdem diese geplatzt waren, blieben braune Pigmentierungen zurück. Zu keiner Zeit glich die Affektion dem vesikulösen Ekzem; auch gingen die Effloreszenzen nie in Pusteln über. Es bestand intensives Jucken, später grofse Entkräftung und Fieber. Die Krankheit verschwand mit der Geburt des Kindes, kehrte aber bei der zweiten Schwangerschaft wieder.

Bei Betrachtung der vier soeben angeführten Fälle bemerkt man, dafs sie sich klinisch vollständig gleichen, dafs die Ursache (Schwangerschaft) in allen dieselbe war, woraus Milton und Bulkley schlossen, dafs der Name Herpes gestationis vollkommen geeignet und bezeichnend sei. Dieser Name, wie bekannt, ist seitdem von andern Beobachtern, die ähnliche Fälle mitteilten, beibehalten und würde hier nicht kritisiert werden, wenn nicht die Thatsache vorläge, dafs die Affektion auch bei Männern vorkommt, eine Beobachtung, für welche in meinen verschiedenen Aufsätzen Beispiele angeführt sind. Aufserdem kommen neben den Bläschen auch andre primäre Effloreszenzen vor, welche den Namen Herpes gestationis ungeeignet und zu Irrtümern führend erscheinen lassen. Selbst der Name von Wilson ist schon mehr bezeichnend als Herpes gestationis und hat den Vorteil, in ätiologischer Beziehung nichts zu präjudizieren. Aber dieser Ausdruck ist anderseits nicht umfassend genug, um andre bekannte Manifestationen desselben vielseitigen pathologischen Prozesses, die weder als Herpes (wie wir Dermatologen diesen Terminus auffassen) noch als von circinärem und bullösem Charakter zu bezeichnen wären, in sich aufzunehmen. Während also diese Namen provisorisch wohl ihren Zweck erfüllten, haben neuere Studien gezeigt, dafs die betreffende Erkrankungsform nur eine Varietät einer vielverbreiteten, multiformen Dermatose ist.

Einige andre Fälle, die besondre Eigentümlichmkeiten besitzen, seien noch erwähnt.

Beverhout Thompson erwähnt kurz[10] einen Fall von Herpes gestationis, indem er Milton und Bulkley folgt. Derselbe mufs als die mildeste Form der Krankheit betrachtet werden. Die Patienten, eine Frau von 20 Jahren, im 8. Schwangerschaftsmonat, zeigte die aus gruppierten Bläschen und Blasen bestehende Eruption an Fingern, Zehen, Rücken der Hände, Hand- und Fufsgelenken und Füfsen. Der Anfall trat akut auf und endigte mit der Entbindung, welche nach 3 Wochen erfolgte.

---

[10] *Arch. of Dermatol.* 1875. Okt.

Unter dem Titel: „Klinische Bemerkungen über einen Fall von Herpes gestationis“ erzählt Liveing[11] einen von ihm am Middlesex Hospital beobachteten Fall bei einer 37jährigen Frau. Die Hauptzüge mögen kurz erwähnt werden. „Am 3. Tag nach der Entbindung erschien eine massenhafte Eruption zerstreuter solider Papeln und vereinzelter Bläschen; die letzteren entwickelten sich rasch zu Blasen von verschiedener Gröfse. Letztere hatten eine Neigung zur Gruppenbildung, waren aber alle getrennt, indem die Haut der Nachbarschaft mehr oder weniger dicht mit hagelgrofsen Papeln bedeckt erschien. Das Jucken war bedeutend.“ Hier trat aber ein papulöses Element auf; die Affektion charakterisierte sich durch Papeln, Bläschen und Blasen, und der Gebrauch des Ausdrucks Herpes ist ein durchaus ungeeigneter, um eine Idee des klinischen Bildes wiederzugeben.

Cottle bringt einen Aufsatz über „Herpes gestationis“[12], in welchem er über einen Fall berichtet, der noch spezieller die multiforme Varietät der Dermatitis herpetiformis illustriert. Bei der 38jährigen Frau bestand der erste Anfall des Leidens während der ersten Schwangerschaft im Auftreten von Urticariaquaddeln — „bumps“, wie der Autor sagt. Beim zweiten Anfall zeigte er denselben Charakter, beim dritten dagegen statt dessen recidivierende Blasen und Bläschen. In demselben Aufsatz wird ein andrer ähnlicher Fall erwähnt, in welchem zuerst harte Papeln auftraten, die sich in Bläschen verwandelten.

Galers 2 Fälle (Herpes gestationis)[13] mögen auch kurz erwähnt werden. Der erste betraf eine Frau von 39 Jahren, die zu 6 verschiedenen Malen, gewöhnlich 4 Tage vor ihrer Entbindung, daran gelitten hatte. Das Leiden begann als „Erythema papulosum“, darauf entstanden Blasen, ohne besondre Gruppierung und ohne dafs Pigmentation auftrat. Der zweite Fall ereignete sich bei einer Frau von 34 Jahren und zwar 8 mal im Laufe von 11 Jahren, jedesmal während einer Schwangerschaft.

Walter G. Smith[14] beschreibt unter dem Titel: „Herpes (Hydroa) gestationis“ einen merkwürdigen Fall, der die multiforme Varietät der Dermatitis herpetiformis aufwies. Die 35jährige Patientin war 13 Jahre verheiratet und hatte während dieser Zeit 2 Aborte und 7 regelrechte Geburten durchgemacht. Vor 5 Jahren, während sie mit dem 3. Kinde im 6. Monat schwanger ging, trat wie ein „ringworm“ rings um den Nabel eine ähnliche Affektion auf wie die, wegen derer sie Hilfe nachsuchte, und verbreitete sich von dort rasch über den Körper und die Extremitäten. Sie hielt

---

[11] *Lancet.* 1878. Juni 1. p. 783.
[12] *St. Geo. Hosp. Reports.* 1879.
[13] *Lancet.* 1880. Vol. I. p. 601.
[14] *Dublin Journ. of Med. Science.* 1881. März. p. 70.

so lange an wie die Schwangerschaft und noch 2 Monate länger und wurde von intensivem Juckreiz und Brennen begleitet. Darauf blieb sie von jeder Hautkrankheit verschont, bis sie mit dem 7. Kinde schwanger ging; es erschien die Eruption wieder genau so wie beim ersten Anfall, nämlich als eine Gruppe von Papeln oder Bläschen rund um den Nabel. In der ersten Woche nach der Entbindung erfuhr das Hautleiden eine bedeutende Verschlimmerung. „Grofse Bläschen und Blasen entstanden, aus denen beim Anstechen klares Serum mit einiger Kraft hervorspritzte." Als das Kind 3 Monate alt war, war die Affektion fast verschwunden, recidivierte aber später noch einmal.

Folgendes ist ein Auszug von Dr. SMITHS Beschreibung der Krankheit am Tage der ersten Beobachtung. Zahlreiche unregelmäfsige Reihen und Gruppen von Papulovesikeln und Pigmentresiduen derselben auf den Armen; Knötchengruppen auf den Oberschenkeln und Knieen; zerstreute Effloreszenzen längs der Unterschenkel und Blasen an den Fufssohlen. Später waren noch wenige Papeln und unvollkommene Bläschen zu sehen, die Pockenpusteln im ersten Stadium glichen." Nach jeder Entbindung, welcher ein Anfall der Hautkrankheit vorausging, fielen die Nägel der Hände und Füfse ab. Augenblicklich zeigen die Nägel Transversalfurchen. Die Eruption ging schubweise vor sich und jedem Schub ging das Gefühl von Jucken und Brennen vorher.

Dieser Fall erinnert an denjenigen von BÄRENSPRUNG, welchen derselbe „Herpes circinnatus" nannte und in seinem Atlas abbildete. HEBRA betrachtete diesen Fall als ein Beispiel seiner „Impetigo herpetiformis", auf welche ich a. a. O. die Aufmerksamkeit gelenkt habe.

Französische Autoren, mit einigen Ausnahmen, scheinen Herpes gestationis nicht diagnostiziert zu haben. BARTHÉLÉMY jedoch, in der Übersetzung meines Handbuchs der Hautkrankheiten, konstatiert in einer Anmerkung, dafs es dieselbe Affektion sei, welche HEBRA als „Impetigo herpetiformis der Schwangeren" aufführe.

Unter den neueren deutschen Autoren erwähnt KAPOSI den Herpes gestationis nicht. Nur BEHREND spricht von ihm beiläufig, indem er BULKLEY citiert, bei der Ätiologie des Pemphigus.

Selbst in dem neuesten Handbuch der Hautkrankheiten von MALCOLM MORRIS finde ich nur eine ganz kurze Erwähnung des Gegenstandes. Er sagt: „Herpes gestationis findet sich bei schwangeren oder gebärenden Weibern, kommt aber selten in England vor." Von Impetigo herpetiformis (HEBRA) ist gar nicht die Rede. Der neueste Autor in unserm Lande, ROBINSON, macht aus Herpes gestationis eine Abart des Herpes, indem er ihn zwischen die Varietäten: progenitalis und Zoster einschiebt und sagt, dafs er als zur herpetischen oder Pemphigusgruppe der Hautkrankheiten

gehörig betrachtet werden mag und dafs er selbst zwei Fälle beobachtet habe. Dagegen widmet er der Impetigo herpetiformis ein spezielles Kapitel.

Andre Formen von sog. Herpes, als „Herpes pemphigoïde", „Herpes vegetans", „Herpes pyaemicus" und „Herpes phlyctaenodes" mögen hier genannt werden. Die erste von diesen, welche von DEVERGIE beschrieben wurde, werden wir später in Verbindung mit den pemphigoiden Eruptionen betrachten. Der Name Herpes vegetans wurde von AUSPITZ [15] angewandt, um einen später von HEBRA seiner Gruppe von Impetigo herpetiformis zuerteilten Fall zu bezeichnen. NEUMANN, in seinem Handbuch der Hautkrankheiten (3. Aufl.) erwähnt dieselbe Krankheit kurz, aber hält den Ausdruck Herpes pyaemicus für bezeichnender.

GIBERT [16] beschreibt einen ungewöhnlichen Fall unter dem Namen: Herpes phlyctaenodes, wie folgt: „Die Patientin, 27 Jahre, wurde 1814 zum ersten Male von einer „phlyktänoiden" Eruption befallen, deren Ursprung sie auf einen heftigen Schreck zurückführte, welchen sie bei der Invasion Frankreichs durch die Alliierten erlitt. Seit jener Zeit litt sie beständig an einer bläschenförmigen Hautkrankheit, die zuweilen auf dem Körper, zuweilen auf dem Gesicht, zuweilen auf den Extremitäten erschien, unter starker Rötung der Haut, Jucken und Schmerzen. Drei Jahre später hatte sie häufigere und heftigere Anfälle der Hautkrankheit. Die Menstruation wurde schmerzhaft, der Ausflufs spärlich. Zwei Jahre später trat sie in das Hospital Saint-Louis. Die Rückseite der Arme und Hände war rot, geschwollen, heifs, entzündet und äufserst schmerzhaft bei der Berührung, mit einer Anzahl Bläschen bedeckt, von denen die meisten von miliarer, andre von Nadelkopf-, noch andre von Erbsengröfse waren. Diese Erhebungen, zuerst in der Form von kleinen roten Punkten bemerkt, wurden empfindlicher, während sie sich vergröfserten. Zuerst waren sie farblos und transparent, später trübe und undurchsichtig auf entzündeter Basis, die meisten vereinzelt, andre in Haufen vereinigt, beim Bersten eine beträchtliche Flüssigkeitsmenge entleerend. Starkes Jucken, brennende Hitze und empfindliche Schmerzen begleiteten die Eruption und verursachten der Patientin Schlaflosigkeit und schweres Leiden."

Der Fall scheint mir zweifellos ein Beispiel der vesikulösen und bullösen Varietäten der Dermatitis herpetiformis gewesen zu sein und erinnert mich, was die Ähnlichkeit der Ätiologie betrifft, an den Fall des Kapitän K., den ich unter dem Titel: „A case of Dermatitis herpetiformis caused by Nervous Stok" mitgeteilt habe.

---

[15] *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1869. S. 247.

[16] *A practical Treatise on the special Diseases of the Skin.* Engl. Übersetz. London. 1845. p. 118.

Ich wende mich nun zur Betrachtung einer Reihe von Fällen, welche von den Autoren unter dem Titel „Pemphigus“, gewöhnlich mit verschiedenen adjektivischen Zusätzen, publiziert und offenbar nicht Fälle von reinem Pemphigus sind, sondern von jenem multiformen und proteusartigen Prozefs, den wir eben diskutieren. Dafs diese Fälle von den Beobachtern nicht als typische Pemphigusfälle betrachtet wurden, ergibt sich aus den Angaben, dafs sie besondere Charaktere besäfsen. Die Titel besagen, dafs die Autoren (meist wohlbekannte Dermatologen) in Verlegenheit waren, sie zu klassifizieren; so „Pemphigus pruriginosus“, „Pemphigus compósé“, „Pemphigus aigu pruriginosus“ und „Pemphigus circinnatus.“

Ich werde einige derselben citieren, gebe vorher aber zum Vergleiche eine kurze Beschreibung der bullösen Varietät meiner Dermatitis herpetiformis.

Sie wird charakterisiert durch mehr oder weniger typische Blasen, gespannt oder schlaff, kugelig oder flach, öfter das erstere, mit klarem oder trübem Serum gefüllt, auf entzündlicher oder nicht entzündlicher Basis aufsitzend, in der Gröfse zwischen einer Erbse und einer Wallnufs schwankend und von sehr unregelmäfsigem oder eckigem Kontur. Sie haben Neigung, in Gruppen von zwei oder drei zusammenzutreten; die Haut zwischen denselben ist gerötet und angeschwollen. Zuweilen befinden sich in der nächsten Nachbarschaft 1, 2, 3 Kreise oder nur ein Teil eines Kreises kleiner, nadelkopfgrofser, flacher, weifslicher Pusteln. Bläschen, kleine und grofse, flache oder erhabene, sind auch meist in der Nähe zu finden oder zerstreut über die affizierte Oberfläche. Wie bei den andern Varietäten kann jede Region ergriffen werden, aber besonders der Rumpf, die oberen Extremitäten und Oberschenkel. Meist bersten die Blasen früh und bedecken sich mit gelben, braunen oder grünen Krusten. Sie werden von Brennen oder Jucken begleitet, das häufig sehr heftig ist. Sie müssen von Pemphiguseruptionen unterschieden werden, denen sie bis auf ihren herpesartigen Charakter ähnlich sind. Sie differieren durch ihre Neigung zur Gruppierung, ihren mehr entzündlichen, Herpes Zoster ähnlichen Anblick. Aufserdem sind fast stets in nächster Nachbarschaft der Blasen Bläschen und oft Pusteln zu finden.

Gehen wir die ältere französische Litteratur durch, so finden wir, dafs Rayer [17] von Pemphigus „circinnatus“ als einer Varietät dieses Leidens spricht und sich als ersten Beobachter derselben hinstellt. Er erzählt einen Fall von „akutem Pemphigus mit gleichzeitiger Eruption von Blasen am rechten Vorderarm; Erythema annullatum; Herpes phlyctaenodes.“ Die Patientin war eine unverheiratete Frau, 23 Jahre alt, regelmäfsig menstruiert. Die

[17] *Treatise on Diseases of the Skin.* Engl. Übers. London 1835. p. 219.

Krankheit begann mit Jucken und dem Auftreten kleiner, roter Flecke, denen kleine, dichtgedrängte Blasen folgten, die sich vergrößerten und vermehrten und hier und da konfluierten. Die meisten waren ohne Hof. Einige waren trüb. Auch Krusten waren zugegen. Ringförmige Erytheme wurden ebenfalls beobachtet.

Ein andrer Fall, den RAYER anführt, ist so charakterisiert: „Chronischer Pemphigus; bandförmig arrangierte Blasen; Komplikation mit Herpes circinnatus." Ich übergehe die ungewöhnlich lange Krankheitsgeschichte, möchte aber konstatieren, daſs hier nach meiner Ansicht ein Fall von Dermatitis herpetiformis vorliegt; — die eigentümlichen Erythemflecke, herpetische Bläschengruppen, Blasen, die Exkoriationen und Krusten, das Jucken, die Schwere des Anfalls und schlieſslich die Dauer der Erkrankung, alles spricht mehr für unsre Krankheit als für irgend eine andre.

RAYER führt noch einen andren Fall an von „chronischem Pemphigus, mit vereinzelten Blasen und Gruppen von Eruptionen, ähnlich dem Herpes phlyctaenodes; Amenorrhoea; Heilung." Die Frau war 42 Jahre alt; Störung des Allgemeinbefindens, starkes Jucken, eine massenhafte, diffuse Eruption von Gruppen verschieden gestalteter Blasen, die in aufeinanderfolgenden Schüben auftraten.

CHAUSIT[18] beschreibt endlich zwei Fälle bei Frauen unter dem Titel „Pemphigus aigu pruriginosus", die auch als Fälle von Dermatitis herpetiformis angesehen werden müssen. Einer derselben mag hier Erwähnung finden. Eine Frau von 25 Jahren, robuster Konstitution und Gesundheit, wurde 6 Wochen vor dem richtigen Termin von ihrem ersten Kind entbunden. Im 5. Schwangerschaftsmonat stellte sich unter Jucken eine Eruption zahlreicher, kleiner, solider Papeln auf dem Körper und den Extremitäten ein und das Jucken nahm im selben Grade zu wie die Schwangerschaft fortschritt. Am 5. Tage nach der Entbindung empfand sie selbst noch gröſseres Jucken und allgemeines Brennen, es stellten sich Fieber und Delirien ein. Am folgenden Tage war die ganze Oberfläche bedeckt mit Effloreszenzen groſser, erhabener roter Papeln, etwa vergleichbar denen des Erythema papulosum. Die Haut bot 2 Tage lang denselben Anblick dar, und am 3. bemerkte man an den Armen ein paar zerstreute durchsichtige Blasen von Bohnen- bis Haselnuſsgröſse. Die Blasen vermehrten sich, bis am 11. Tage die ganze Oberfläche, das Gesicht mit einbegriffen, befallen war, während das Brennen und Jucken nachgelassen hatte. Die Papeln verschwanden, neue Blasen traten als solche täglich auf bis zum 17. Tage, wo sie unter Hinterlassung pigmentierter Flecke verschwanden. Einen Monat später war ein leichtes Jucken über der ganzen Oberfläche vorhan-

---

[18] *Annales des Mal. de la peau et de syph.* 1852. März.

den und einige Papelgruppen zeigten sich, aber Blasen traten nicht mehr auf.

Die Papeleruption in diesem Falle würde allein genügen, um die Erkrankung vom Pemphigus zu unterscheiden, mit der sie sonst verwechselt werden könnte.

Bei Betrachtung des Pemphigus gibt DEVERGIE[19] unter der Überschrift: „Pemphigus composé" einen Fall betitelt: „Herpes pemphigoide." Die Patientin war eine Frau von 50 Jahren, die 5 Jahre vorher ihre Menses verloren hatte. Die Krankheit begann mit Jucken, dem ein entzündicher Fleck folgte, bedeckt mit grofsen Bläschen, die sich rasch in Blasen umwandelten. Alsbald griff die Affektion um sich, bis der ganze Körper von ihr bedeckt war. Grofse rote Flecke, mehr an der Peripherie als im Zentrum markiert, umgeben von einem oder zwei Ringen von Blasen, die im Zentrum eintrockneten, bildeten sich von Zeit zu Zeit. Das Jucken war besonders hervortretend an der Peripherie der Flecke. Die Patientin genas.

Wie in CHAUSITS Fall bilden auch hier die erythematösen Flecke ein hervorstechendes Symptom; auch die weitere Entwickelung des Hautleidens zeigte einen eigentümlichen Prozefs an. Dasselbe mag verglichen werden mit einem übertriebenen Erythema multiforme, dessen verschiedene Varietäten, insbesondere die bullöse, es aufweist, eher als mit Pemphigus. In der That möchte ich hier konstatieren, dafs die Dermatitis herpetiformis in einigen Fällen viele klinische Symptome mit dem Erythema multiforme teilt. Seine Verwandtschaft mit dieser Dermatose ist nach meiner Überzeugung bereits reif zur Diskussion.

DEVERGIE erwähnt auch kurz den „Pemphigus herpetiforme", den er häufig den ganzen Körper hat befallen sehen und dem die Patienten, wie beim echten Pemphigus, erlegen sind.

HARDY[20] teilt den Pemphigus ein in den akuten und chronischen. Von letzterem unterscheidet er drei Varietäten: 1. den Pemphigus bulleux successif, 2. Pemphigus foliacé, 3. Pemphigus prurigineux. Die letzte Varietät, welche er durch einen Fall illustriert, mufs, wie mir scheint, als ein Beispiel der Kombination von der vesikulösen und bullösen Form der Dermatitis herpetiformis betrachtet werden. Die Patientin, eine Frau von 35 Jahren, hatte bereits 9 Kinder und war am Tage der Beobachtung am Ende der 10. Schwangerschaft. Seit ihrer 2. Gravidität hatte sie an einer, wenige Wochen nach der Konzeption auftretenden, juckenden Hauteruption gelitten, die die ganze Oberfläche involvierte und durch wallnufsgrofse Blasen charakterisiert war. Zugleich wurde die Haut braun und der Sitz einer

[19] *Mal. de la peau.* Paris 1857. p. 309.
[20] *Leçons sur les mal. de la peau.* 2. part. 2. éd. Paris 1863. p. 136.

klebrigen Sekretion. Die Symptome verschlimmerten sich bis zur Entbindung, worauf sie verchwanden.

Unter dem Titel „Pemphigus“ gibt KLEIN[21] Notizen über einen Fall, den einige Autoren über Herpes gestationis (MILTON und BULKLEY) als einen Fall dieser Art angesehen haben, welcher jedoch, wenn meine Anschauungen adoptiert werden, wiederum als eine Kombination der vesikulösen und bullösen Form der Dermatitis herpetiformis betrachtet werden mufs. Der Fall betraf eine 32jährige Frau, bei der die Krankheit im 7. Schwangerschaftsmonat begann und durch hanfsamengrofse Bläschen charakterisiert war, die bis zu hühnereigrofsen Blasen von erst klarem, dann trübem Inhalt sich entwickelten. Zu gleicher Zeit bestanden heftige Schmerzen und zunehmende Entkräftung. Die Krankheit verschwand jedoch bald nach der Entbindung.

Ich habe weiter zu bemerken, dafs unter der vagen Bezeichnung „Hydroa“ einige Fälle sich in der Literattur finden, welche durchaus als Beispiele von Dermatitis herpetiformis gelten können. So gibt BULKLEY[22] Notizen über zwei Fälle von Hydroa, die vor der New-York Dermatological Society verlesen wurden. Der erste betraf eine verheiratete Frau von 40 Jahren, die eine sehr abnorme Eruption von grofsen Blasen aufwies. Drei Monate vorher, in Europa, war die Erkrankung als „Ekzem“ von verschiedenen Dermatologen, aber mit geringem Erfolg, behandelt. Die Beschreibung von BULKLEY speziell der Blasen, die nässenden Hautoberflächen, das fast unerträgliche Jucken, die Störung des Allgemeinbefindens, die grofse Ausdehnung der Eruption und der Verlauf sind eigentümlich und ungewöhnlich. Der Fall sollte als ein Beispiel von Dermatitis herpetiformis eher klassifiziert werden als von sog. „Hydroa“, deren Existenz als besondere Krankheit ich nicht zulasse.

Im zweiten Falle, einer 26jährigen Dame, bestand der erste Ausbruch aus Erythemflecken, welche brannten und schmerzten und in einigen Tagen vergingen. Sechs Wochen später traten Blasen auf nach sehr heftigem Jucken; später waren Hautreizung, rote Erythemflecke und Blasen auf beiden Armen, der linken Schulter, Rücken, dem linken Beine und Gesicht vorhanden. In beiden Fällen lag eine neurotische Disposition vor.

Ich will nur noch flüchtig zwei andre Fälle erwähnen. In einem Artikel: „Über die Koincidenz von Erkrankungen der Haut und der grauen Achse des Rückenmarkes“ gibt JARISCH[23] die Details eines ungewöhnlichen Falles, auf den seine Beobachtungen über das Rückenmark basiert sind, mit der Diagnosis: „Herpes iris.“ Die Patientin war eine 61jährige Frau. 1874 soll sie disseminierte Blasen

---

[21] *Allg. med. Ztg.* Wien 1867. Aug. 6. — *Journ. cut. Med.* 1868. p. 203.
[22] *Arch. of Derm.* 1877. April.
[23] *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1880. 2. u. 3. Heft. S. 195.

auf dem Gesicht und den Armen gehabt haben, die spontan verschwanden. 1879 wurde sie in das Wiener allgemeine Krankenhaus aufgenommen mit zahlreichen, symmetrisch gestellten, vesikulösen, bullösen und pustulösen Effloreszenzen, die fast allein auf die obere Körperhälfte beschränkt waren, eingerechnet den Kopf und die Arme. Gesicht und behaarter Kopf waren stark geschwollen, gerötet und mit Krusten oder teils isolierten, teils gruppierten Blasen, die auf dunkel blauroter Basis aufsafsen, bedeckt. Beide Arme zeigten eine grofse Menge, meistens gruppierter, nadelkopfgrofser Papeln und Bläschen neben haselnufsgrofsen Blasen oder Schuppen von Thalergröfse auf entzündeter Basis. Auf beiden Seiten des Thorax war die Hornschicht an handtellergrofsen Stellen gelöst und abgängig. Zudem existierten über der ganzen erkrankten Fläche verbreitet oberflächliche, hanfsamengrofse Pusteln, von hellrotem Hofe umgeben. Auf dem Bauche befanden sich gruppenweise dunkelblaurote, leicht schuppige Papeln. Die Hornschicht beider Fufssohlen war in Form hämorrhagischer Blasen abgehoben. Die Schleimhaut der Zunge war trocken, der übrige Mund geschwollen, gerötet und stellenweise exkoriiert. Es bestand beträchtliches Fieber, und die Patientin war sehr elend und schwach. Einige Tage später verschwand die Eruption zum gröfsten Teile, und es folgten Schuppen, Krusten und Pigmentation. Im Laufe des nächsten Monats erlitt die Patientin neue Ausbrüche von Blasen, Decubitus, Abscesse und ging zu Grunde. Die Autopsie wies Brightsche Nierenkrankheit im dritten Stadium und lobuläre Pneumonia nach, zugleich aber Veränderungen im Rückenmarke, die vom dritten Cervikal- bis zum achten Dorsalwirbel reichten. Das Hautleiden erstreckte sich, wie gesagt, vom Scheitel bis zur Nabelgegend. In dem Bericht wird über die subjektiven Symptome nichts gesagt. Ich habe diesen Fall erwähnt, da er eine genügende Anzahl von Punkten gemein hat mit der Dermatitis herpetiformis, um seine Stellung hier eher als irgend anderswo zu sichern.

Ein andrer bemerkenswerter Fall ist von P. Meyer[24] unter dem Titel: „Eine tödlich endigende, pemphigusähnlische Dermatitis mit Veränderungen im Nervensystem", publiziert und betraf einen früher gesunden und gutgenährten Mann von 65 Jahren. Die Krankheit begann als diffuses „Ekzem" und zeigte die Varietäten „papulosum", „vesiculosum" und „rubrum", zunächst ohne konstitutionelle Störungen. Bis dahin erschien sie als ein einfaches Ekzem. In der vierten Woche erschienen, unregelmäfsig verteilt, grofse Blasen an den Hüften und Unterextremitäten mit plötzlichem Verlust des Appetits, erhöhter Pulsfrequenz, hoher Temperatur und andern Zeichen gestörten Allgemeinbefindens. Der Patient begann rasch abzunehmen, während die Krankheit den Charakter eines malignen Pemphigus foliaceus

[24] Virchows *Archiv*. 1883. Nov. S. 185.

annahm, und starb; die ganze Krankheit verlief rasch in 7 Wochen. Der Fall weist einige Hautsymptome auf, die der Dermatitis herpetiformis zukommen, und mag in dieser Verbindung erwähnt werden wegen der grofsen Verschiedenartigkeit der Effloreszenzen, welche bei derartigen Erkrankungen vorkommen können, solcher nämlich, welche von Störungen oder Veränderungen im Nervensystem abhängen.

Die Dermatologie auf der 58. Naturforscherversammlung

in Strafsburg i. E. 18.—22. September 1885.

Die diesjährige Naturforscherversammlung hatte für uns Dermatologen eine höhere Bedeutung als alle vorhergehenden, da bei dieser Gelegenheit zum erstenmal eine Sektion für Dermatologie und Syphilidologie ins Leben gerufen und damit überhaupt die erste Vereinigung deutscher Dermatologen geschaffen wurde.

Indem wir uns der festen Hoffnung hingeben, dafs diese junge Schöpfung sich in der Zukunft lebensfähig erweisen wird, zollen wir unsern Dank dem Manne, dessen Energie das Zustandekommen der neuen Sektion ermöglichte, unserm Kollegen Dr. Wolff, Privatdozent in Strafsburg i. E.

Gewifs haben wir ein volles Verständnis für das Bedürfnis des innern Klinikers, so viel als möglich auch das Gebiet der Hautkrankheiten zu bebauen, für seinen Wunsch, dasselbe nicht zu verlieren. Aber diese Vorliebe der innern Kliniker, und wir dürfen hinzusetzen, auch der Chirurgen für unser Spezialfach darf doch nicht so weit gehen, dafs die Entwickelung dieses Spezialfaches selbst notleidet.

Thatsache ist, dafs unser Spezialfach, wie jedes andre auch, nur dort gröfsere Fortschritte gemacht hat, wo man es seiner eignen Entwickelung überliefs. Und während wir auf der einen Seite stets mit besonderm Dank auf die Förderung hinweisen werden, welche wir durch unabhängige Arbeiten der innern Kliniker und Chirurgen auf verwandten Gebieten (wir verweisen z. B. auf die durch Volkmann eingeleitete Tuberkulosendebatte des letzten Chirurgenkongresses) erfahren, so müssen wir auf der andren Seite auf das energischste und konsequenteste protestieren, dafs unser grofses und wichtiges Spezialfach in Deutschland noch länger in unglücklicher Zersplitterung unter andrer Herren Dache ein kümmerliches Dasein fristet.

Sicher wird der Tag kommen, wo wir den befreundeten Fächern, die uns jetzt ungern scheiden sehen, ihren Verlust viel-

fach ersetzen werden durch die bessern Resultate, welche sich stets an ein organisches Zusammenwirken von Fachkollegen anschliefsen.

Unsern Dank dem Kollegen WOLFF, dem es gelang, in das bisherige Verhältnis eine Bresche zu schiefsen und damit den Grundstein zu einer deutschen dermatologischen Gesellschaft zu legen, und ebenfalls unsern Dank den einsichtsvollen Männern des Komitees, welche, den Verhältnissen Rechnung tragend, uns selbständig, gastlich tagen liefsen!

Die Frequenz dieser ersten Dermatologenversammlung war bereits eine erfreuliche. Es nahmen u. a. teil daran die Herren BÄUMLER, BOCKHART, DOUTRELEPONT, FINGER, v. INS, KOPP, LASSAR, LESSER, LICHTHEIM, LIPP, LUTZ, NEGA, NEISSER, SCHUMACHER, SCHUSTER, v. SEHLEN, TOUTON, UNNA, WIEGER, WOLFF.

Als Schriftführer fungierten die Herren RIFF (Strafsburg) und NEGA.

Herr WOLFF als Sektionsführer eröffnete am 18. September vormittags die Sitzung mit Begrüfsung der anwesenden Mitglieder, drückte seine Freude über die rege Teilnahme aus und dankte denjenigen Herren, die durch ihre Bereitwilligkeit die Bildung einer dermatologischen Sektion ermöglichten.

Nach einigen geschäftlichen Mitteilungen legte Herr WOLFF sein Amt nieder, um der Sektion die Wahl des Vorstandes zu überlassen.

Hierauf wurde einstimmig Herr WOLFF zum Vorsitzenden gewählt.

I. Sektionssitzung, Freitag, 18. September, nachmittags 4 Uhr.

Vorsitzender: WOLFF.

Vortrag von Herrn E. LESSER[1] (Leipzig):

Über Ringelhaare.

Das Thema, für welches ich Ihre Aufmerksamkeit für kurze Zeit in Anspruch nehmen möchte, ist zwar ein etwas entlegenes, ich glaube aber, dafs die Seltenheit der Haarerkrankung, um welche es sich handelt, und die man mit dem Namen der Ringelhaare oder des intermittierenden Ergrauens der Kopfhaare bezeichnet hat, einen kurzen Bericht über einen derartigen Fall rechtfertigt, den ich in diesem Jahr zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die betreffende Patientin ist 4½ Jahr alt, im übrigen vollständig gesund, der Haarwuchs der Eltern und dreier Geschwister ist normal. Das Kind selbst wurde nach Angabe der Mutter vollständig haarlos geboren, erst gegen Ende des zweiten Lebensjahres zeigte sich zunächst auf dem Scheitel, später auch an den andern Partien der Kopfhaut Haarwachstum, welches etwa am Ende des dritten Lebensjahres soweit entwickelt war, als es jetzt besteht. Die Augenbrauen dagegen sollen bei der Geburt schon entwickelt gewesen sein und zeigen jetzt ein ganz normales Verhalten. Bald nach der Geburt fiel der

[1] Nach *Tageblatt der 58. Naturforscherversammlung.*

Mutter ein gänsehautähnlicher Zustand der Kopfhaut auf, welcher später bestehen blieb.

Um mit letzterem zu beginnen, so zeigt sich in der That auch jetzt noch diese Veränderung der Kopfhaut, indem ganz besonders an der Haargrenze, am Nacken und an der Stirn die Haut völlig das Bild des Lichen pilaris darbietet, die Follikel überragen als derbe, oft mit kleinen Schüppchen bedeckte Knötchen das normale Haarniveau.

Am auffälligsten ist nun aber der Zustand der Behaarung des Kopfes. Die Haare sind zunächst aufserordentlich kurz, wobei zu bemerken ist, dafs der Patientin nur einmal überhaupt — vor zwei Jahren — das Haar verschnitten ist. Die längsten Haare befinden sich auf dem Scheitel, wo dieselben vom Haarwirbel bis zur Stirn eine Art kleine Mähne von 8—9 cm langen Haaren bilden. Auch am Nacken, an der Haargrenze und an den Schläfen sind längere Haare, während die übrigen Haare sehr viel kürzer, durchschnittlich nur 1—2 cm lang sind. Am kürzesten sind die Haare des Hinterkopfes unterhalb des Haarwirbels. — Aufser durch ihre Kürze zeichnen sich die Haare durch ihre Trockenheit und Sprödigkeit und durch ihre ungleichmäfsige Richtung aus, sie stehen wirr durcheinander wie Stoppeln, und nur die längeren Haare legen sich glatt aneinander.

Die Haarfarbe im ganzen ist braun. Die längeren Haare zeigen fast ausnahmslos eine völlig gleichmäfsige Färbung und überhaupt makroskopisch wie mikroskopisch ganz normale Verhältnisse. Von den kürzeren Haaren zeigt dagegen ein grofser Teil — ungefähr die Hälfte — eine abwechselnd helle und dunkle Färbung, so dafs sie geringelt erscheinen, etwa wie die Schwänze gewisser Katzenarten.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich zunächst, dafs die Form dieser Ringelhaare keine normale ist, sondern dafs in regelmäfsiger Weise Einschnürungen und Anschwellungen des Haarschaftes miteinander abwechseln, welche letztere eine spindelförmige Gestalt besitzen. Die Gröfsenverhältnisse sind nicht an allen Haaren gleich, durchschnittlich beträgt die Länge eines Haarabschnittes von der Mitte einer Einschnürung bis zur Mitte der nächsten Einschnürung 0,6, also nur wenig über 1/2 cm. An demselben Haar sind die Verhältnisse annähernd gleich, während an verschiedenen Haaren die Länge des oben bezeichneten Abschnittes von 0,4 bis 0,8 cm schwankend gefunden wurde. Ebenso verhält es sich mit der Differenz der Dicke des Haares an den Einschnürungen und den Anschwellungen, indem dieselbe an einzelnen Haaren ganz unbedeutend ist, so dafs die Haare fast gleichmäfsig cylindrisch sind; an der Mehrzahl der Haare jedoch ist der Unterschied ein beträchtlicher, an manchen Haaren ist der Querdurchmesser der Einschnürung kleiner als die Hälfte des Durchmessers der Anschwellung, durchschnittlich betrugen beide Durchmesser 43 resp. 76 μ, das Verhältnis zwischen Einschnürung und Anschwellung stellt sich also etwa wie 4 : 7. — Die Zahl der Anschwellungen am einzelnen Haar richtet sich natürlich nach der Länge des Haares, und es kommen Haare mit 20 und mehr Anschwellungen vor.

Diese Anschwellungen und Einschnürungen entsprechen den hellen und dunklen Ringeln, und zwar läfst sich leicht feststellen, dafs an den Anschwellungen die Haare heller erscheinen, wobei zu bemerken ist, dafs einige Beobachter sich hierüber getäuscht haben, indem sie die Anschwellungen für die dunkleren Stellen hielten (Karsch, Smith). Unter dem Mikroskop zeigt sich sofort, dafs die verschiedene Färbung der einzelnen Haarabschnitte nicht durch eine verschiedene Anordnung des Pigments zustande kommt, denn dieses ist in ganz gleichmäfsiger Weise sowohl an den Anschwellungen wie an den Einschnürungen in der Rindensubstanz enthalten, welche daher überall genau dieselbe Färbung zeigt. Die Farbendifferenz beruht lediglich auf dem streckenweisen Auftreten von Luft in der Marksubstanz des Haares und zwar entsprechend den Anschwellungen. Eine jede Anschwellung enthält einen

spindelförmigen, an beiden Enden zugespitzten Kern, der bei durchfallendem Licht schwarz, bei auffallendem Licht weifs erscheint. Dafs es sich hier wirklich um Luft handelt, läfst sich, abgesehen von dem eben erwähnten optischen Verhalten, leicht dadurch nachweisen, dafs durch leicht eindringende und die Luft verdrängende Flüssigkeiten, am besten durch Kali- oder Natronlauge, dieses Phänomen völlig zum Schwinden gebracht werden kann. An Stelle der schwarzen Spindeln erscheint die ungefärbte Marksubstanz, und damit ist natürlich auch mikroskopisch jede Farbendifferenz verschwunden, die Ringelung ist vollständig erloschen.

Diese Luftspindeln liegen oft nicht genau in der Axe der Anschwellungen, sondern mehr oder weniger exzentrisch und bilden durch ihre den äufseren Konturen entsprechenden Biegungen eine Art Schlangenlinie. In einzelnen Haaren zeigen auch die Einschnürungen einen schmalen Markcylinder, doch enthält derselbe entweder keine oder jedenfalls sehr viel weniger Luft als der in der Anschwellung gelegene Teil.

Besonders zu erwähnen ist noch das Verhalten der Cuticula, welche an den Einschnürungen ganz auffallend dick ist, so dafs sie auf dem optischen Querschnitt sich als breite, helle, infolge des ziegelartigen Aneinanderliegens der Zellen eine zierliche Schrägstreifung zeigende Grenzschicht darstellt.

An einer grofsen Anzahl der geringelten Haare zeigen sich nun schliefslich noch weitere Veränderungen, nämlich die Erscheinungen der sogenannten Trichorrhexis nodosa. An bestimmten Stellen tritt ein Querbruch des Haares ein, der aber nicht zu einer glatten Absetzung führt, sondern die beiderseitigen Enden werden aufgefasert und, da zunächst für einige Zeit der Zusammenhalt noch gewahrt bleibt, so entsteht das bekannte Bild zweier ineinander gesteckter Pinsel oder Besen. Oft tritt an der Bruchstelle eine winkelige Knickung des Haares ein und schliefslich löst sich das freie Ende des Haares völlig ab, so dafs nur der Stumpf mit einem endständigen Pinsel übrig bleibt.

Diese Auffaserungen zeigen sich in unserm Falle lediglich an den Einschnürungen, niemals an den Anschwellungen, und es ist dies für die Erklärung der Trichorrhexis überhaupt nicht ohne Wichtigkeit. Im wesentlichen stehen sich hier zwei Ansichten gegenüber, von denen die eine — und dies war die ursprünglich von Beigel, einem der ersten Beschreiber dieser Affektion, gehegte Ansicht dahingeht, dafs durch Einwirkung von innen, durch Luftansammlung oder Fettablagerung (Eichhorst) die Fasern des Haarschaftes gewissermafsen auseinander getrieben würden, während von der andren Seite eine äufsere, mechanische Einwirkung für das Zustandekommen dieser Kontinuitätstrennungen verantwortlich gemacht wurde (Wolffberg). Unser Fall scheint in der That für die letztere Erklärungsweise zu sprechen, denn es ist ja selbstverständlich, dafs an den Einschnürungen das Haar infolge äufserer Einwirkungen leichter brechen kann als an den dickeren Anschwellungen. Vom Standpunkte der ersteren Erklärung würde man die Trichorrhexisstellen dagegen an den Anschwellungen suchen müssen, wo sie sich thatsächlich aber nie finden.

Der Beginn der Trichorrhexisbildung an den Ringelhaaren wird durch einen Querbruch, der nur die Cuticula betrifft, gekennzeichnet, der oft in einer regelmäfsigen Kreislinie um das Haar herumläuft und durch teilweise Abhebung der Cuticula eine Art Krause um das Haar bildet. Man kann sich auch leicht vorstellen, dafs die gerade an den Einschnürungen dickere Cuticula infolge der Lagerungsverhältnisse der Hornzellen, aus denen sie besteht, bei Biegungen des Haares sich am wenigsten elastisch erweist und daher am leichtesten gebrochen wird. Erst später tritt dann die Auffaserung der Kortikalsubstanz und damit die Pinselbildung ein. An den Haaren, an welchen sich überhaupt Trichorrhexis findet, sind meistens mehrere Stellen vorhanden und zwar stets an dem nach der Haarspitze zu gelegenen Teil, ganz wie bei der gewöhnlichen Trichorrhexis nodosa.

Bis zu einem gewissen Grade erklären diese Erscheinungen die Kürze des Haarwuchses in unserm Falle, indem infolge der Brüchigkeit der Haare an den dünnen Stellen dieselben, nachdem sie eine gewisse Länge erreicht haben, stets abbrechen, und dafs mechanische Einwirkungen hierbei eine wesentliche Rolle spielen, wird durch die Längenverhältnisse der Haare an den verschiedenen Kopfregionen bewiesen. Gerade da, wo die Behaarung des Kopfes beim Liegen durch Druck und Reibung am meisten mechanischen Insulten ausgesetzt ist, nämlich am Hinterkopf unterhalb des Haarwirbels, finden wir die kürzesten Haare, während die andern, mehr geschützten Stellen, die Haargrenze im Nacken, die mittleren Scheitelpartien, längere Haare zeigen. An letzterem Orte fanden sich ja überhaupt meist nicht geringelte Haare, von denen eine gröfsere Widerstandsfähigkeit allerdings von vornherein vorauszusetzen war.

Es lag nun sehr nahe, die geringelten und die nicht geringelten Haare direkt auf ihre Festigkeit zu prüfen, und habe ich dies mit Hilfe eines kleinen einfachen Apparates, den ich der Freundlichkeit des Herrn Dr. MICHELSON verdanke, ausgeführt. Dieser Apparat besteht aus zwei Klammern, in welche das Haar eingeklemmt und von denen die eine befestigt wird, während die andre eine kleine, durch Hineinschütten von Schrot allmählich zu beschwerende Schale trägt. Bei einer bestimmten Belastung reifst das Haar durch, und nun braucht nur die untere Klammer und die Schale mit Inhalt gewogen zu werden, um das Gewicht, bei dem die Kohäsion des Haares gerade überschritten war (Kohäsionsmodulus nach MICHELSON), kennen zu lernen.

Wie zu erwarten war, zeigten die nicht geringelten Haare einen weit höheren Kohäsionsmodulus als die geringelten. Von beiden Haararten wurden je 10 Stück in dieser Weise geprüft, und es rissen die nichtgeringelten Haare durchschnittlich bei einer Belastung von 70 g, die Ringelhaare schon bei einer durchschnittlichen Belastung von 42 g, also bei Gewichten im Verhältnis von 10 zu 6, die nichtgeringelten Haare waren demnach fast doppelt so widerstandsfähig wie die Ringelhaare. — Es zeigte sich ferner, dafs die Ringelhaare niemals in einer Anschwellung, sondern stets in einer Einschnürung und zwar meist ohne erhebliche Splitterung durchrissen.

Fragen wir nun nach der Ursache dieser merkwürdigen Veränderung der Haare, so ist zunächst darauf aufmerksam zu machen, dafs nicht die Anschwellungen, sondern die Einschnürungen die pathologisch veränderten Stellen sind, ein Punkt, der mehrfach in entgegengesetzter irriger Weise aufgefafst wurde. VIRCHOW[1] hat noch kürzlich hierauf in einer Verhandlung der Berliner medizinischen Gesellschaft hingewiesen und mit Rücksicht hierauf den Namen „intermittierende Atrophie oder Aplasie der Haare“ für die Krankheit vorgeschlagen.

An den Anschwellungen entspricht der Bau der Haare in der That völlig den normalen Verhältnissen, und auch der Durchmesser des Haares auf der Höhe der Anschwellungen entspricht fast vollständig dem Durchmesser der nicht geringelten Haare unsers Falles, indem ersterer durchschnittlich 76 μ, letzterer 74 μ beträgt. Auch der Luftgehalt der Marksubstanz ist an und für sich nichts Pathologisches, wenn derselbe auch bei den Ringelhaaren auffallend stark ist. WALDEYER[2] besonders hat darauf hingewiesen, dafs die Luft nicht in den Markzellen des Haares, sondern zwischen denselben sich befindet und zwar in Hohlräumen, die durch das Eintrocknen und Auseinanderweichen der Markzellen gebildet werden. Offenbar stammt die Luft von aufsen und dringt durch die Rindensubstanz, in welcher sich übrigens vielfach auch kleine Lufträume befinden, hindurch. Ist die Luftfüllung der Marksubstanz eine starke, so erscheint das selbst an und für sich pigmentierte Haar weifs, da die Luftbläschen bei

[1] *Deutsch. med. Wochenschr.* 1885. Nr. 9.
[2] *Atlas der menschlichen und tierischen Haare.* S. 9.

auffallendem Licht weifs erscheinen. So verhält es sich in unserm Fall an den Anschwellungen, so verhält es sich in jenen merkwürdigen Fällen von plötzlichem Ergrauen der Haare, in denen aber die Luftansammlung nicht intermittierend, sondern kontinuierlich über das ganze Haar auftritt. In unserm Fall ist vielleicht die Trockenheit der Haare, die ihrerseits wieder in einer mangelhaften Ernährung begründet ist, die Ursache, die den Durchtritt und die Ansammlung der Luft erleichtert.

Vor allem ist aber die intermittierende Verschmälerung des Haarschaftes mit fast stets fehlender Ausbildung der Marksubstanz an den Einschnürungen zu erklären, und ich mufs hier gleich bemerken, dafs eine befriedigende Erklärung vorderhand nicht gegeben werden kann. Eine sehr wesentliche Rolle scheint mir hierbei eine ursprüngliche Erkrankung des Follikularapparates zu spielen, denn in unserm Fall war das Kind zunächst haarlos, die Kopfhaut bot die Erscheinungen des Lichen pilaris dar, und ähnliches ist auch in andern Fällen beobachtet worden.

Mir sind aus der Litteratur nur noch vier weitere sichere Fälle von Ringelhaaren bekannt, von denen der von KARSCH[3] beobachtete der älteste und am genauesten beschriebene ist, dessen Haare später auch von G. SIMON[4], SPIESS[5] und LANDOIS[6] untersucht worden sind. Die Haare zeigten genau dieselben Eigenschaften, wie in unserm Falle, es fehlte nur die Trichorrhexis, und dementsprechend waren die Haare auch von normaler Länge, wie ich mich selbst an einem in der Bonner anatomischen Sammlung befindlichen Präparat überzeugen konnte. Über die Beschaffenheit der Kopfhaut sagt KARSCH nichts und gibt nur an, dafs der Zustand der Haare von Jugend auf derselbe gewesen sein soll. — Der zweite Fall ist von WILSON[7] beschrieben; auch hier wird nichts von einer etwaigen Veränderung der Kopfhaut gesagt, und dieser Fall entspricht insofern nicht völlig den übrigen, als WILSON angibt, dafs der Haarschaft gleichmäfsig cylindrisch sei. — Dagegen werden in dem dritten und vierten Fall ganz ähnliche Erscheinungen geschildert, wie sie der unsrige darbot. Der erstere ist von LUCE[8] beobachtet, und waren hier viele Follikel geradezu in komedonenartige Bildungen umgewandelt und enthielten im Innern aufgerollte Ringelhaare. LUCE beschreibt auch die stärkere Brüchigkeit der Einschnürungen und die feine Streifung der Cuticula an diesen Stellen. Das betreffende Kind wurde ebenfalls kahl geboren und erst im sechsten Lebensjahr begann der Haarwuchs. Und in dem vierten Fall beschreibt SMITH[9] die Veränderung der Kopfhaut ganz analog der in dem unsrigen vorhandenen. Die Eigenschaften der Haare, die auch kürzlich noch von BEHREND[10] untersucht sind, gleichen völlig denen unsrer Ringelhaare, es fanden sich ebenfalls Einknickungen der Haare mit bürstenförmiger Auffaserung, also offenbar auch Trichorrhexis. — Aufserdem ist auf dem Londoner Kongrefs von THIN[11] über einen Fall von varikösen Haaren berichtet worden, der möglicherweise auch hierher gehört, und bei dieser Gelegenheit gaben KAPOSI, VIDAL und LIVEING an, ähnliche Fälle beobachtet zu haben. Genauere Mitteilungen über diese Fälle habe ich nicht finden können.

Wenn es nun auch nach meiner und nach einigen der andern Beobachtungen wahrscheinlich ist, dafs eine Erkrankung der Kopfhaut, und zwar des Follikularapparates, bei der Bildung der Ringelhaare in ätiologischer Hin-

---

[3] *De capillitii humani coloribus quaedam.* D. i. Gryphiae. 1846. p. 34.
[4] *Hautkrankheiten.* 1851. S. 382.
[5] *Zeitschr. f. rat. Med.* von HENLE und V. PFEUFER. III. Reihe. 5. Bd. S. 1. 1859.
[6] VIRCHOWs *Archiv.* Bd. 35. S. 575. 1866.
[7] *Journal of cutan. med.* Vol. I. 1868. p. 359.
[8] *Recherches sur un cas curieux d'alopécie.* Thèse de Paris. 1879; ref. in SCHMIDTs *Jahrb.* Bd. 191. S. 31.
[9] *Brit. med. Journ.* 1879. Aug. 23. p. 291; ref. in SCHMIDTs *Jahrb.* Bd. 91. S. 31.
[10] *Deutsche med. Wochenschr.* 1885. No. 9.
[11] *Archives of Dermatology.* Vol. VIII. p. 237. 1882.

sicht eine wesentliche Rolle spielt, so muſs ich zugeben, daſs hierdurch die eigentümlichste Erscheinung, nämlich das intermittierende Auftreten der Aplasie der Haare, unserm Verständnis in keiner Weise näher gerückt wird, und ich bin nicht im stande, hierfür irgend eine plausible Erklärung beizubringen. Vielleicht wird eine anatomische Untersuchung der Kopfhaut, die mir leider nicht möglich war, in dieser Hinsicht Aufschluſs bringen. Erwähnen will ich die Hypothese Wilsons, der meinte, daſs die hellen Abschnitte, die in seinem Fall halb so lang waren, wie die dunklen, dem Wachstum des Haares während der Nacht, die dunklen Abschnitte dem Tageswachstum entsprächen.

Diskussion:

Herr Unna stellt die Hypothese auf, daſs die verdünnten Stellen des Haares einem Wachstum der peripherischen Haarepithelien (Matrix der Cuticula und Rindensubstanz) ohne gleichzeitiges Wachstum der zentralen (Matrix des Marks) entspricht, während die dickeren dem normalen Haarwachstum entsprechen. Herr Unna nimmt mithin zur Erklärung bis auf weiteres eine intermittierende vasomotorische Störung der Papillarzirkulation an.

Herr Lesser fragt, inwieweit die Verdickung der Cuticula mit dieser Auffassung in Übereinstimmung steht.

Herr Unna glaubt, daſs die Verdickung der Cuticula als eine relative (nicht absolute) Vermehrung von Kutikularzellen aufzufassen ist; beim Aufhören des zentralen Drucks durch Fehlen der Marksubstanz schieben sich die Kutikularzellen, die noch normal abgesondert werden, zusammen.

Vortrag des Herrn Neisser (Breslau)

Über die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhöe.

Im Anschluſs an die bereits in Kopenhagen vom Vortragenden berichteten Untersuchungen gibt derselbe folgende Schlussätze:

Die als „chron. Gonorrhöe“ bezeichneten Harnröhrenausflüsse sind zwar stets Folgezustände echter Gonorrhöe — mit oder ohne tiefere Alteration der Harnröhrenschleimhaut selbst, nicht aber selbst stets noch genorrhoischer Natur, d. h. infektiös.

Die An- und Abwesenheit von Gonokokken entscheidet für oder gegen gonorrhoischen Charakter des Harnröhrensekretes.

Die Untersuchung muſs häufig an mehreren verschiedenen Tagen vorgenommen werden, da teils wegen der Spärlichkeit des Sekretes — morgens ist es gewöhnlich am reichhaltigsten — teils wegen der meist geringen Anzahl von Gonokokken bei einzelnen Untersuchungen Gonokokken fehlen können, während sie an andern Tagen reichlich auftreten. Künstliche Reizungen — sogen. Überreizungen durch scharfe Getränke u. s. w. —, welche die Sekretion steigern, befördern meist auch das Zutagetreten sonst vielleicht latent bleibender Gonokokken.

Meist sind die Gonokokken in groſsen rasenartigen Massen oder in kleineren Haufen an Epithelien gebunden. Nur solche in charakteristisch quadratisch angeordneten Haufen auftretende Dipplokokken möchte ich für Gonokokken halten. Einzelne Diplokokken zu erkennen ist — wie ich bereits in Kopenhagen, Bonn und nachher in sehr ausführlicher, klarer Weise dargelegt — unmöglich. Von andern Mikroorganismen sind kleine Bacillen die häufigsten; Mikrokokken sind auffallend seltener.

Abgesehen von der Gröſse und Haufenbildung in Kokken sind für die Diagnose noch folgende Hilfsmittel anwendbar, um zufällig anwesende Diplokokken von echten, im Epithel der Harnröhre selbst seſshaften Gonokokken zu unterscheiden: Die Harnröhre (es liegen bei der männlichen Gonorhöe überhaupt die Verhältnisse für die Entscheidung günstiger, als bei der weiblichen) wird mehrere Tage lang hintereinander in all ihren Abschnitten mit einer sicher desinfizierenden Lösung ausgespült. Wählt man Sublimat 1 : 20000, so

entsteht meist eine Irritation der Harnröhrenschleimhaut selbst, welche ein reichlicheres, etwas puriformes Sekret liefert und die Abstofsung der obersten Epithellagen befördert. Untersucht man nun einige Tage nachher, so kann man sicher sein, dafs etwaige Kokkenbefunde nicht als zufällige Ansiedler, sondern als aus den tieferen Epithellagen herstammende Gonokokken aufzufassen seien. Bringt man solches Sekret auf gewöhnlichen Nährboden — Agar-Agar oder Gelatine —, so wachsen solche echte Gonokokken nicht — ein negatives, aber verwertbares Kriterium. Gonokokken wachsen nur auf Blutserum und, wie ich sicher gesehen habe, auf Kartoffeln. Doch müssen bei beiden Methoden Verbesserungen gefunden werden, ehe die Kulturversuche zu weiteren Studien über die Eigenschaften der Gonokokken Verwendung finden können. Die Untersuchung geschah auf die gewöhnliche Weise an mit Methylenblau gefärbten Trockenpräparaten. Ich ziehe diese Farbe allen andern vor. Hin und wieder wurde Anilinfuchsin verwandt, wo nach Spermafäden gesucht wurde, welche diese Farbe gut annehmen. (Es gibt übrigens eine den Histologen gewifs interessante Doppelfärbung der Spermatozoënköpfchen mit Anilinfuchsin und Methylenblau.)

Ich habe nun 143 Fälle von Gonorrhöe auf Gonokokken, d. h. auf ihre Infektiosität hin untersucht. Das Alter der Erkrankung schwankte zwischen 2 Monaten und 8 Jahren. Ich habe von den jüngeren Fällen nur solche (sieben 2 Monate, sechs 3 Monate alte) genommen, bei denen das Sekret minimal und mit Mühe herauspreſsbar und ganz weifslich, ohne eitrigen Charakter war, bei denen jegliche subjektive Beschwerde fehlte und die Patienten nur, weil sie ihre Krankheit kannten, sie beobachteten.

Es wurden ferner nur solche Fälle verwendet, bei denen frische Infektionen, die einen Gonokokkenbefund vortäuschen konnten, sicher ausgeschlossen waren.

Jeder Fall wurde so oft als möglich untersucht; die nur einmal untersuchten werden besonders gezählt werden.

Andre Kriterien, als den Gonokokkenbefund, habe ich nicht verwertet. Das Auftreten von Nebenhodenentzündungen z. B. scheint mir nicht für die gonorrhoische Natur einer Urethritis ohne weiteres verwertbar. Es fehlt einerseits der Mikroskopbeweis, dafs in einer Epididymitis Gonokokken vorkommen, anderseits ist es nicht ausgeschlossen (wenn mir auch nicht wahrscheinlich), dafs andre Kokken, z. B. Staphylokokken, eine Nebenhodenentzündung hervorrufen können.

Fälle, in denen die Frauen der von mir untersuchten Männer erkrankt waren, habe ich mehrere gesehen; ich habe auch von diesen abgesehen, weil hier ja eben beide Fragen: die Ursache der weiblichen Erkrankung und der Charakter der männlichen Erkrankung, unentschieden sind, und nicht eine Hypothese durch eine andre bewiesen werden durfte. Doch will ich erwähnen, dafs ein Teil der untersuchten Fälle erst von dem Arzte, welchen die Frauen der später mich aufsuchenden Männer konsultierten. entdeckt und mir zugewiesen wurden.

Von den untersuchten 143 Fällen nun enthielten:

Gonokokken	80
keine Gonokokken	63

31 der letzteren aber habe ich nur einmal untersucht.

Älter als 1 Jahr war die Gonorrhöe
mit positivem Befund: 18 mal,
mit negativem „ : 20 mal (11 einmal untersuchte).
Älter als 2 Jahre:
mit positivem Befund: 20 mal,
mit negativem „ : 25 mal (9 einmal untersucht).
Bei 6 (negativen) war die Zeitdauer unbekannt.

Es ergibt sich hieraus, dafs fast annähernd gleichviel positive (d. h. Gonokokken führende, infektiöse) Fälle vorzukommen scheinen wie negative; zu gunsten der positiven spricht nur die verhältnismäfsig grofse Zahl einmal untersuchter, also nicht ganz sicher negativer Fälle.

Es folgt daraus, dafs eine allgemeingiltige Entscheidung nicht getroffen werden kann, sondern jeder Ausflufs Fall für Fall einer eignen Prüfung unterzogen werden mufs.

Die Untersuchung führt aber auch zu folgendem, praktisch wichtigen Resultat: Selbst bei gonokokkenhaltiger chronischer Gonorrhöe ist die Infektiosität nicht gesetzmäfsig regelmäfsig; jedenfalls nicht bei jedem Coitus sich unbedingt vollziehend. — Die Zahl der Gonokokken ist häufig eine sehr geringe und, was wichtiger ist, ihr Auftreten ist unregelmäfsig, oft durch mehrtägige Pausen unterbrochen. Für die Ehe freilich ist, wie ich glaube, jede chronische Urethritis, welche Gonokokken im Exsudat enthält, als infektiös zu betrachten, mögen die Gonokokken noch so spärlich und unregelmäfsig vorhanden sein.

Was nun die für das praktische Handeln sich ergebenden Resultate anlangt, so sind es meiner Ansicht nach folgende:

Bei jeder chronischen Urethritis handelt es sich um 2 Faktoren: 1. Sind irgend welche tiefere Alterationen der Harnröhrenschleimhaut vorhanden oder nicht? (Erosionen, Ulcera, Papillome, Schwellungen, Strikturen, Tuberkulose etc.) Diese Zustände müssen in Rücksicht auf die aus ihnen sich entwickelnden Folgen (Narbenstrikturen, Blasenerkrankungen etc.) stets behandelt werden (mit und ohne Gonokokken).

2. Sind Gonokokken im Sekret vorhanden oder nicht?

Fehlen sie bei häufig wiederholter Untersuchung und handelt es sich um eine sowohl ohne Beschwerden als auch ohne objektiv nachweisbare Veränderungen der Harnröhre bestehende Urethritis, so sehe ich von jeder Behandlung ab oder halte sie wenigstens für nicht notwendig, zumal oder richtiger weil ich trotz aller neueren und älteren Variationen der Methoden, trotz aller von mir und seitens der Patienten angewandten Mühe wenig oder oft keinen Erfolg gesehen habe und irgend ein Nachteil für die Patienten, trotz vieljährigen Bestandes solcher inkomplizierten und nicht infektiösen Urethralabsonderungen, sich nicht herausgestellt hat.

Ich halte nur darauf, dafs die Kranken jährlich 1—2 mal sich einer sorgfältigen Untersuchung unterwerfen, um bei gehöriger Zeit etwa sich entwickelnden tieferen Schleimhautprozessen oder Komplikationen entgegenzutreten.

Sind Gonokokken vorhanden, so müssen dieselben unter allen Umständen beseitigt werden, nicht nur wegen der Infektiosität des Ausflusses, sondern weil durch sie eine immerhin doch nicht unmögliche definitive Heilung jedenfalls verhindert wird. Die Methode wechselt je nach dem Charakter der Urethritis, ob mit oder ohne Komplikationen der Blase, Prostata etc. Bei unkomplizierter gonorrhoischer Urethritis halte ich die Methode für die beste, welche bei genügender antibakterieller Wirksamkeit die geringsten mechanischen und chemischen Reize setzt. Abgesehen von individuellen Verschiedenheiten natürlich und ohne etwa die Brauchbarkeit andrer Methoden leugnen zu wollen, verwende ich deshalb am liebsten die Methode der Irrigation mit weichem, an der Spitze mit mehreren Öffnungen versehenem, möglichst dünnem Katheter. Es kann auf diese Weise — event. vom Patienten selbst — jeder, auch der hinterste Abschnitt der Harnröhre behandelt werden; durch den wechselnden Druck der einströmenden Flüssigkeit und event. Zuhalten des Orificium internum können die Falten der Schleimhaut auseinandergezogen werden; durch den fortwährend rückläufigen Flüssigkeitsstrom ist die Gefahr, irgend welche Bestandteile in die Blase zu spülen eine sehr geringe.

Als bestes Medikament, d. h. 1. die Gonokokken mit Sicherheit tötend und 2. die Schleimhaut am wenigsten irritierend, hat sich, aus experimentellen

wie praktischen Erfahrungen heraus, eine Argent. nitric.-Lösung von 1:3000 — 1:2000 ergeben; ihr am nächsten steht Salicylsaures Natron in 5%iger Lösung. — Alle übrigen Lösungen, z. B. des Sublimats, der Karbolsäure, des Hydrochinons etc. etc., sind teils nicht so sicher gonokokkentötend (Borsäure hat überhaupt gar keine gonokokkentötende Eigenschaft), teils stärker reizend. Individuelle Differenzen der Empfindlichkeit kommen natürlich hier, wie sonst, vor.

Auch bei dieser, wie ich glaube, am meisten schonenden Methode bleiben leichte Irritationen nicht aus, die Sekretion wird sonst stets reichlicher und puriformer. — Ich setze die Irrigationen — und im Notfalle auch energischere Mittel, namentlich die Einführung leicht schmelzender Stäbchensuppositorien u. s. w. — aber fort, mit oder ohne Pausen je nach dem Verhalten der Schleimhaut, bis die Gonokokken dauernd verschwunden sind, was nicht immer beim ersten Kurversuch gelingt. Falsch ist, zu glauben, dafs ein besonders heroisches Medikament schneller zum Ziele führt; die häufige, regelmäfsige Applikation des möglichst wenig irritenden Mittels ist, soweit ich aus meiner Erfahrung schliefsen darf (und wie ich mich an einer Gonokokken-Blennorrhöe eines Erwachsenen, dessen Bulbus vor Jahren exstirpiert worden war, geradezu experimentell überzeugen konnte), jedenfalls vorzuziehen und sicherer und schneller wirkend. Die Kunst besteht in dem richtigen Wechsel und gegenseitigen Abwägen zwischen Gonokokken- und Schleimhautbehandlung. — Sind die Gonokokken dauernd beseitigt, so höre ich bei inkomplizierten Fällen mit der Behandlung auch meist auf.

Der interne Gebrauch von Balsam. Copaivae ist nicht ohne weiteres zu verwerfen, jedenfalls als Adjuvans der lokalen Harnröhrentherapie zu brauchen. Denn die mit dem Urin ausgeschiedenen Stoffe haben erstens zweifellos eine gonokokkentötende, ferner aber eine die Zersetzung des Urins sehr intensiv verhindernde Eigenschaft, wie Binz kurz erwähnt und Jadesson auf meiner Klinik ausführlich festgestellt hat. Letzteres aber scheint mir bei einer so lange Zeit hindurch fortgesetzten Katheterbehandlung und der dadurch immerhin gegebenen Gefahr einer Cystitis — namentlich wenn die Patienten selbst die Behandlung vornehmen — ein nicht von der Hand zu weisender Vorteil.

Ich wiederhole zum Schlufs: Die Frage nach der Infektiosität der sogenannten „chronischen Gonorrhöe“ (richtiger: chronischen Urethritis infolge der Gonorrhöe) ist nicht allgemein, sondern nur von Fall zu Fall durch den mikroskopischen Nachweis von Gonokokken zu beantworten. —

Herr Unna fragt: wie viele Untersuchungen auf Gonokokken der Redner für nötig hält, um mit Sicherheit die Abwesenheit der Gonokokken zu beweisen.

Herr Neisser erwidert: Die Untersuchung ist stets eine sehr häufige gewesen, zumal im Laufe der stets versuchten wochen- und monatelangen Behandlung eine regelmäfsige Prüfung des Urethralsekrets stattfand.

Herr Freund (Breslau): Die Untersuchungen des Herrn Vorredners geben einen erwünschten Aufschlufs über eine grofse Reihe von chronischen Pelviperitonitiden, deren Ätiologie dunkel ist und die Nöggerath (New-York) schon auf Tripperinfektion zurückführte, ohne damals den Beweis geben zu können. Die in mindestens der Hälfte der Fälle von chronischer Gonorrhöe gefundenen Kokken geben nunmehr Klarheit. Übrigens sind diese in Frage stehenden chronischen Pelviperitonitiden der Weiber auch pathologisch-anatomisch eigentümlich und sie sind ausgezeichnet durch die reichlichste Entwickelung sklerosierender Bindegewebmassen, die zu den mannigfachsten Verziehungen der inneren Genitalien führen. Es ist bei der Propagationsfähigkeit der Gonokokken auch daran zu denken, dafs selbst gewisse Formen von chronischen Nephritiden durch Tripperinfektion entstehen können.

Hr. Neisser: Meines Wissens sind Untersuchungen über chronische entzündliche Prozesse im Genitaltrakt weder bei Männern noch bei Weibern

gemacht worden. Bisher sind Gonokokken bei akuten Fällen nur im Epithelgewebe und nur vereinzelte in den obersten Schichten des Papillarkörpers gefunden worden. Was das Fortkriechen der Gonokokken betrifft, so sind in dem Bockhartschen Impffalle — den wir wohl als Gonorrhöe auffassen müssen — Blasen- und Nierenerkrankungen beobachtet worden.

Hr. von Sehlen (München) über

Alopecia areata

demonstriert mikroskopische Präparate von einem typischen Falle von Alopecia areata, die Mikrokokken in bestimmter Lagerung in den Haarwurzelscheiden nachweisen. Der Vortragende betont die Notwendigkeit, die Erörterungen über die Ätiologie der Alopecia nur auf die Konstanz des Befundes zu gründen, die in allen von ihm untersuchten Fällen hervortrat. In der Frage, ob diese Mikrokokken die Ursache oder eine Folge der Krankheit sind, betont v. Sehlen das eigenartige Auftreten und den Verlauf des Prozesses, der schon aus der äufseren Erscheinung einen Rückschlufs auf die Natur desselben erlaube, wie im Vergleich auch gewisse Beispiele der Pflanzenpathologie ein ähnliches Verhalten zeigen, von denen Präparate vorgelegt werden konnten.

Hr. Lassar (Berlin) erklärt sich generell auf Grund seiner klinischen und experimentellen Erfahrungen mit dem Vorredner einverstanden. Derselbe hat bereits vor einigen Jahren in der Berl. med. Ges. auf die Infektiosität der Alopecia areata und ihre Heilung hingewiesen und hebt hauptsächlich die Identität von allgemeiner Alopecia und Alopecia areata hervor.

Hr. Unna (Hamburg) fragt v. Sehlen, ob er mit Sicherheit in seinen Fällen das Trychophyton tonsurans ausschliefsen könne.

Hr. Lassar (Berlin) bemerkt, dafs auch er wie Hr. v. Sehlen die Reizungserscheinungen bei Alopecia areata nicht ausschliefsen kann. Es gibt Fälle mit und ohne Reizung. Diese selbst oder ihr Fehlen gibt nicht den Ausschlag für den Charakter des Leidens. Schliefslich bestätigt Lassar, dafs seine von ihm eingeführte Behandlung der umschriebenen und allgemeinen Kahlheit sich seither durchweg auf das schlagendste bewährt hat. Man ist mittels derselben fast ausnahmslos imstande, das Leiden zu sistieren und zur Umkehr zu zwingen.

Hr. Neisser (Breslau) fragt Hrn. v. Sehlen, wie er sich zu den verschiedenen Mikroorganismenarten verhält, welche sowohl v. Sehlen als er selbst bei Kulturversuchen gefunden hat.

In der Diskussion betont v. Sehlen auf die Anfrage Unnas, dafs die Diagnose auf Alopecia areata in den von ihm beobachteten Fällen mit Sicherheit gegenüber der des Herpes tonsurans gestellt werden konnte, weil sich einerseits das Krankheitsbild durchaus von dem gewöhnlichen des Herpes unterschied und sodann auch in den Fällen, die von ihrer Entstehung an beobachtet werden konnten, nie der spezifische Erreger des Herpes sich vorfand.

Die Kontagiosität des Leidens, für das v. Sehlen einige Beispiele anführt, sowie die Wirksamkeit der Sublimatbehandlung geben weitere Anhaltspunkte für die bakterielle Natur der Alopecia areata. Was noch das Auftreten verschiedener Formen von Bakterien anlangt, so können wohl nur diejenigen als die eigentlichen Erreger angesehen werden, welche sich in allen Fällen vorfinden, während andre Formen als zufällige Verunreinigungen anzusehen sind, die wohl erst infolge der krankhaften (durch die primären Mikrokokken gesetzten) Veränderungen sich am Haar ansiedelten. Indessen mufs die Möglichkeit offen gelassen werden, dafs auch verschiedene Organismen die gleiche Erkrankung hervorrufen können, zumal eine gewisse Disposition des Organismus wohl anzunehmen sei.

---

2. Sitzung.

Vorsitzender Hr. Prof. DOUTRELEPONT.

UNNA demonstriert Schnitte aus lepröser Haut, welche nach seiner Trockenmethode dargestellt sind. Dieselben beweisen, dafs die bisher für bacillenhaltige Zellen gehaltenen Herde der leprösen Haut gar keine Zellen, sondern Bacillenhaufen sind, dafs solche von einem schleimigen Mantel umgebene Bacillenhaufen sämtliche Lymphbahnen der Haut erfüllen, weiter aber auch in den Haarbälgen, Knäueldrüsen, sowie in den Blutgefäfsen (Venen und Arterien) zu finden sind, wo sie das Endothel streckenweise dicht bedecken, nicht dagegen in den Talgdrüsen. Schliefslich macht UNNA noch auf einen merkwürdigen Befund an einigen Knäueldrüsen aufmerksam.

Hr. Dr. TOUTON glaubt, dafs die neue Methode sehr geeignet ist, eine gröfsere Zahl von Bacillen sichtbar zu machen als man früher sah. Für die Entscheidung der Zellennatur der kompakten Bacillenhaufen scheint sie ihm nicht geeignet zu sein, weil die betreffenden Gebilde durch die sich in ihnen entwickelnden Wasserdämpfe sehr plötzlich ausgedehnt werden und eine etwaige Zellmembran sprengen können. (Präparat mit dadurch entstandenen Rissen in den Bacillenhaufen.) — Der Nachweis des Kernes in den „kompakten Bacillenhaufen" ist deshalb unmöglich, weil derselbe durch Entziehung des Nährstoffes, durch irgend eine Art der Nekrose (Koagulations- oder Kompressionsnekrose) zu Grunde gegangen ist.

Über die Lokalisation in den Haaren, Gefäfsen, Schweifsdrüsen, Nerven stimmt er mit U. überein. Nur glaubt er, dafs in der Intima die Bacillen nicht auf den Zellen sondern in denselben liegen.

Hr. NEISSER will nicht eher ein abschliefsendes Urteil aussprechen, ehe er selbst durch erneute Untersuchungen speziell nach der Trockenmethode (welche LONG in Breslau übrigens seit Jahren anwende) sich unterrichtet hat. Doch kann er seine Zweifel, dafs die sehr eingreifende UNNAsche Methode Zellveränderungen hervorgerufen habe, nicht unterdrücken. Seine Präparate haben weder ihm noch den vielen Herren, welche dieselben gesehen, den geringsten Zweifel an der Zellennatur der Bacillenhaufen aufkommen lassen. — Die Verschiedenheit der Zellengröfse habe er bei gleich alten Neoplasmen nicht finden können; ebenso spreche ihm mangelnde Koagulationsnekrose, Verkäsung nicht gegen seine Ansicht; denn es sei eben bei den Leprabacillen eine eigne, spezifische Wirkungsweise ebenso vorhanden, wie bei Tuberkelbacillen etc. — Die von UNNA beschriebenen Löcher halte er nicht für die früheren Vakuolen. — Im Hoden habe er selbst die Bacillenhaufen für nicht an Zellen gebunden gehalten, halte aber bis jetzt noch fest, dafs in der Haut, Nerven etc. es Leprazellen gäbe.

Er fragt schliefslich, warum gerade der subepitheliale Streifen in Leprakoten, der nach UNNA aus Lymphräumen geradezu bestände, keine Bacillen enthielte; warum die Lymphgefäfse der Hohlhand trotz der förderlichen Muskelbewegung frei seien.

Die von UNNA angegebene Lokalisation im Epithel etc. könne er vollkommen bestätigen.

Hr. UNNA erwidert Hrn. TOUTON:

1. Wenn meine Methode die supponierten Zellen durch Sprengen zerstörte, müfsten alle Haufen Risse zersprengter Zellmembranen zeigen.
2. Es ist nicht genug zu behaupten, dafs die Kerne im allgemeinen wohl durch Koagulationsnekrose zu Grunde gegangen wären, sondern es ist zu verlangen, dafs das allmähliche supponierte Zugrundegehen mittels guter Kernfärbungsmittel (Hämatoxylin, Saffranin) thatsächlich nachgewiesen werde. Ich habe nichts derart gesehen.

3. Es ist Hrn. TOUTON bisher auch nicht gelungen, was ich durchaus verlangen mufs, Zellen nachzuweisen, die Bacillen enthalten (daneben noch Kernreste nachweisen lassen) und in der Komplementärfarbe gefärbt sind.

Herrn NEISSER:

1. Ich glaube, dafs die Höhlungen der Bacillenhaufen identisch sind mit den Vakuolen der sog. Leprazellen und nur durch die Austrocknung deutlicher und gröfser werden.
2. NEISSER hält die Haufen im Hoden auch nicht für Zellen, sondern für einfache Bacillenhaufen, in der Haut und in den Nerven dagegen für Zellen. Ich hoffe, dafs derselbe bei einer Nachuntersuchung zu der einheitlichen Auffassung gelangt, dafs überall einfache Bacillenhaufen vorhanden sind.

Hr. DOUTRELEPONT bemerkt, dafs es sehr schwer sei nach der UNNAschen Präparationsmethode zu entscheiden, ob die Bacillen in oder auf den Zellen liegen; dafs seine Präparate nach der alten Methode ebenso deutliche Bilder noch nach einem Jahre geben wie die Präparate von Dr. UNNA nach 6 Monaten.

Hr. UNNA bittet Prof. DOUTRELEPONT um eine genaue Auseinandersetzung seiner Methode, Leprabacillen tingiert zu konservieren.

Hr. DOUTRELEPONT setzt dieselbe auseinander.

Hr. UNNA schliefst daraus, dafs die Präparate von DOUTRELEPONT wahrscheinlich durch den Gebrauch trockenen Kanadabalsams so gut erhalten geblieben sind.

Hr. TOUTON schliefst sich bezüglich der Haltbarkeit der nach der früheren Ölmethode hergestellten Präparate Hrn. Prof. DOUTRELEPONT vollständig an. Er legt das Hauptgewicht auf das vollständige Aufsaugen des Nelkenöls und die Trockenheit des Kanadabalsams.

Hr. NEISSER schliefst sich namentlich in betreff der Notwendigkeit frische Präparate zu untersuchen — Cornea, Nerven — DOUTRELEPONT an. — Dafs es sicher Zellen mit Bacillen gäbe, steht fest, wie Saftpräparate beweisen. — Er weist auch auf die Mastzellenkörnung hin, welche nicht immer in den Präparaten mehr an Zellen gebunden erscheine.

Vortrag von Hrn. FINGER (Wien):

Über die Natur des weichen Schankers.

Meine Herren! Erlauben Sie, dafs ich meiner Mitteilung einige kurze historische Daten vorausschicke.

Während die Dualisten den weichen Schanker stets absolut und unbedingt von der Syphilis trennten, hat die Lehre der Unitarier über das Verhältnis des weichen Schankers zur Syphilis eine Reihe von Wandlungen erfahren. Zunächst identifizierten die Unitarier den weichen Schanker absolut mit der Syphilis, liefsen ihn durch dasselbe virus entstehen und machten sein Entstehen nur von individuellen Bedingungen abhängig. Diese Ansicht fiel, als man zur Überzeugung kam, dafs beide Schanker, jeder in seiner Art, sich fortzupflanzen pflegten und ein und dasselbe Individuum rasch hintereinander von einem weichen Schanker einen weichen, von einem syphilitischen wieder einen solchen mit nachfolgenden Consecutivis acquirieren könne, die Individualität also bei Entwickelung der Allgemeinerkrankung keine wesentliche Rolle spiele. Das Bestreben der Unitarier ging nun dahin, den weichen Schanker als ein Nebenprodukt der Syphilis, als Effekt der Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische darzustellen. Der erste, der bei der Impfung von Eiter einer zerfallenden Sklerose am Träger einen weichen Schanker erhielt, war CLERC. Dieser stellte die Ansicht auf: „Der weiche Schanker entstehe durch die wiederholte positive Impfung von Syphilisvirus auf Syphili-

tische.“ Trotzdem blieb Clerc bei seiner dualistischen Ansicht, weil er die Überzeugung hatte, dafs der einmal gebildete weiche Schanker sich sowohl auf Syphilitischen als auf Gesunden stets als lokal bleibende Geschwürsform fortpflanze. Die Resultate der Impfungen Köbners waren die, dafs seröses, an Eiterzellen armes Sekret einer Sklerose oder Papel keinen Impferfolg gibt, dagegen Pusteln und Geschwüre entstehen, wenn man Sklerose und Papel mechanisch und chemisch in Eiterung versetzt und mit diesem Eiter impft; ferner könne man durch Verdünnung des Eiters weicher Schanker die Intensität der Wirkung desselben herabsetzen. Aus diesen beiden Erfahrungen schlofs Köbner: Der weiche und infizierende Schanker seien Folgen desselben virus, das nur in seiner Intensität und Zusammensetzung variiert, dessen stärkste Modifikation den weichen Schanker, dessen mildere Modifikation dagegen die syphilitische Primärform erzeugt. Abgesehen davon, dafs durch die reichliche Eiterung einer Sklerose das nun weiche Schanker produzierende virus eher verdünnt als verstärkt wird, ist es bisher noch nie gelungen, durch successive Verdünnung des weichen Schankereiters und Impfung desselben eine syphilitische Primärform zu erzeugen.

Ähnliche Versuche, wie Köbner, machten auch die Syphilisatoren Böck, Bidenkap, Sperino, Auspitz und Pick. Auch diese kamen zur Überzeugung, dafs, während das nässende Sekret primärer und sekundärer Syphilisformen keinen positiven Impferfolg gibt, ein weicher Schanker erzielt werden könne, wenn man diese primären und sekundären Formen in Eiterung versetzt und impft. Sie kamen zum Schlufs, der weiche Schanker sei die Folge der Impfung von Syphilisvirus auf Syphilitische. Dieser Schlufs ist nicht berechtigt, da ja Syphilisvirus sowohl im nässenden als im eitrigen Sekrete primärer und sekundärer Syphilisformen vorhanden ist, nur das letztere aber positive Erfolge gibt. Man darf nun sagen: Der weiche Schanker ist das Produkt der Impfung syphilitischen Eiters auf Syphilitische.

Die Impfungen von Pick, Reder, Kraus, Auspitz ergaben aber weiter, dafs auch der Eiter von nicht syphilitischen Formen, von Pemphigus, Akne, Lupus auf Syphilitischen in vielen Generationen impfbar ist, der weiche Schanker also auch das Produkt der Impfung von nicht syphilitischem Eiter auf Syphilitische sei.

In gleicher Weise erzielten Morgan, Böck, Rieger durch Impfung mit dem Eiter eines Vaginalfluors auf der syphilitischen Trägerin weichen Schanker.

Endlich ist auch auf Gesunde mit genuinem Eiter geimpft worden. Die Zahl dieser Impfungen ist sehr grofs. Neben zahlreichen negativen Erfolgen liegen als positive Ergebnisse vor: die Erzielung von in Generationen impfbaren Geschwüren durch Impfung des Eiters von Pusteln, die durch Tartarus emeticus erzeugt wurden, durch Impfung des Eiters von Impetigo, Ekthyma, Zoster, Lupus vulgaris, Pemphigus, Herpes, Scabies, chronischem Fufsgeschwür, Akne vulgaris.

Ich habe mich mit diesen Impfungen bereits seit dem Jahre 1880 eingehend beschäftigt, die hier genannten Impfungen wiederholt, mich von der Richtigkeit des Erfolges derselben durch die eigne Erfahrung überzeugt. Auch mit dem Eiter nicht syphilitischer Formen an nicht syphilitischen Individuen habe ich geimpft, Pusteln und seichte Ulcerationen erzielt, doch der Erfolg war kein so typischer, dafs ich diese Impfresultate hätte als weiche Schanker bezeichnen dürfen. Ich hatte bisher stets gleich allen meinen Vorgängern von Haut zu Haut geimpft. Die Schleimhäute, und ganz speziell das Genitale, waren zu solchen Impfungen bisher nicht benutzt worden, und doch finden gerade von diesem und auf diese die meisten Übertragungen statt. Ich modifizierte daher meine Impfversuche in der Weise, dafs ich den weiter zu impfenden Eiter vom Genitale produzieren liefs und die dadurch erzielten Erfolge waren in jeder Beziehung beachtenswert.

Der erste dieser Versuche, den ich eingehender schildern will, war der folgende: Bei einer Patientin, die wegen fluor vaginae und Ekzema intertrigo auf die Klinik für Syphilis aufgenommen wurde, überzeugte ich mich, nachdem die Krankheitsformen genesen waren, zunächst von der Nichthaftbarkeit des Vaginal- und Uterinsekretes. Nachdem diese konstatiert, ebenso etwa vorhandene weiche Schanker am Genitale dadurch schon, wie durch sorgfältige Untersuchung ausgeschlossen waren, nahm ich mit einem scharfen Löffel eine Erodierung der hinteren Kommisur vor. Es ist selbstverständlich, dafs der Versuch unter allen erdenklichen Kautelen vorgenommen wurde, neue Instrumente benützt, die Patientin an das Bett gebannt, weder verbunden noch ausgespült wurde, um Übertragung zu verhindern und möglichst natürliche, den äufseren gleichende Verhältnisse herbeizuführen. Ebenso betone ich, dafs sich zu der Zeit und schon viele Wochen vorher kein Weib mit weichem Schanker auf der Klinik befand. Mit dem spärlichen Eiter der erzielten traumatischen Erosion impfte ich mit negativem Erfolg. Nur versetzte ich die Erosion dadurch in intensive Eiterung, dafs ich sie mit frischem Sabinapulver bestreute. Tags darauf produzierte die Erosion reichlich guten Eiter. Diesen impfte ich mit neuer Lanzette an zwei Stellen der inneren Fläche des linken Oberschenkels. Zwei Tage später fanden sich an den beiden Impfstellen pralle, linsengrofse Pusteln, die sich rasch in typische, locheisenförmig ausgeschlagene Geschwüre umwandelten. Die Erosion an der hinteren Kommisur war, nachdem kein Sabinapulver mehr appliziert wurde, binnen wenigen Tagen verheilt, ohne je mit einem weichen Schanker Ähnlichkeit gehabt zu haben. Der Eiter der Geschwüre am linken Oberschenkel wurde nun in mehreren Generationen an der Trägerin und einem Manne weitergeimpft. Alle Impfungen gaben typische Impfschanker. Nachdem die Impfung bis zu sechs Generationen noch immer ganz typischen positiven Erfolg gab, von einer Abschwächung der Virosität des Eiters noch nichts zu bemerken war, dieser noch sicherlich in sehr vielen Generationen wäre impfbar gewesen, unterliefs ich weitere Impfungen. Die Muttergeschwüre am linken Oberschenkel unsrer Patientin, sowie alle Tochtergeschwüre brauchten unter durch die ersten 14 Tage expektativer, dann Jodoformbehandlung mehr als vier Wochen zur Heilung, erreichten die Gröfse bis zu 4 cm. Trotzdem Patientin stets im Bette lag, gesellten sich zu den Geschwüren am linken Oberschenkel eine sehr akute Drüsenentzündung in der linken Seite, die trotz meiner Bemühungen innerhalb sechs Tagen seit Beginn flukteierte, incidiert werden mufste.

Ähnliche Versuche nahm ich noch vier vor. Alle hatten dasselbe Resultat. Die Erosionen an der hinteren Kommisur, die mit scharfem Löffel erzeugt wurden, produzierten teils direkt, teils erst auf Irritation mit Sabinapulver inokulabeln Eiter, ohne selbst weichen Schankern zu gleichen und verheilten, wenn das Sabinapulver weggelassen wurde, rasch. Die Inokulation ergab Knötchen, die nach 48 Stunden meist schon in linsengrofse Pusteln umgewandelt waren und bis zur Bildung 1—4 grofser Geschwüre führten, die in vielen Generationen impfbar waren. Ein Geschwür dritter Generation, auf den Oberarm eines Mannes geimpft, gab Veranlassung zur Bildung einer akuten, vereiternden Entzündung einer Axillardrüse.

Allerdings hatte ich, diesen positiven Versuchen gegenüber, auch negative Resultate zu verzeichnen, in denen Irritation traumatischer Erosionen mit Sabinapulver, tartarus stibiatus keinen Erfolg hatte. Doch lag die Hauptschwierigkeit in diesen Fällen in der Anregung der Eiterung, die in den negativen Fällen nicht gelang. Sobald ich die Erosion setzte und mit dem Sabinapulver bestreute, bildete sich auf ihr ein festhaftender, filziger Belag. Setzte man mit dem Sabinapulver aus, so stiefs sich der Belag ab, die Erosion reinigte sich ohne zu eitern.

Aus diesen Versuchen nun folgt unzweideutiger als aus den bisherigen, dafs der weiche Schanker auch das Produkt der Impfung gemeinen Eiters auf

Nichtsyphilitische sei. Überblicken wir die bisherigen Versuche und deren Ergebnis, so werden wir zum Schlusse kommen, dafs jeder Eiter, der von syphilitischen Effloreszenzen sowohl als von nicht syphilitischen entnommene, auf Syphilitische sowohl als auf Gesunde übertragen, weiche Schanker erzeugen könne. Der weiche Schanker ist aus seinem Zusammenhange mit der Syphilis gerissen, nicht das Syphilisvirus, sondern der Eiter produziert ihn.

Nachdem jeder Eiter unter günstigen, uns allerdings bisher nicht näher bekannten Bedingungen weichen Schanker zu erzeugen vermag, so kommt diese Eigenschaft auch dem von syphilitischen Effloreszenzen herstammenden Eiter zu. Dieser dient nun aber zugleich dem Syphilisvirus zum Vehikel.

Wird also syphilitischer Eiter auf Gesunde übertragen, so bildet sich, als Produkt der Eiterwirkung, zunächst ein weicher Schanker, der unter Einwirkung des sich infolge der Übertragung des Syphilisvirus bildenden Initialinfiltrates verhärtet, also einen gemischten Schanker darstellt. In der That zeigt auch die Konfrontation als Mutter des gemischten Schankers sehr oft die zerfallende Papel.

Nun ist das Zustandekommen der Induration von lokalen, anatomischen Verhältnissen abhängig. Es gibt Lokalitäten, die zur Bildung eines tastbar harten, knotigen Initialinfiltrates nicht geeignet sind. Wird auf eine solche Stelle syphilitischer Eiter übertragen, so kommt wohl die Eiterwirkung zu stande, doch die unserm Tastsinn merkbare Wirkung des Syphilisvirus bleibt aus, der Schanker bleibt weich, wird aber von Konsekutivis gefolgt, wie man das an dem Mittelstück der Glans, im Vestibulum der Vagina wohl hier und da beobachtet.

Wenn nun so der verschiedenartigste Eiter weichen Schanker zu erzeugen vermag, ist dann der weiche Schanker doch noch eine virulente Affektion, oder ist er es nicht; ist er vielleicht blofs Wirkung einer nicht spezifischen Irritation? Beides ist möglich. Es ist ja ganz wohl denkbar, nachdem ja nicht jeder Eiter und nicht immer weiche Schanker erzeugt, dafs zur Erzeugung desselben die Hinzukunft eines Virus notwendig ist, das von aufsen hineingelangt und ein Virus animatum darstellt.

Anderseits besitzt aber der weiche Schanker einige Eigenschaften, die mit dessen Virosität nicht recht in Einklang zu bringen sind.

1. Das Fehlen der Inkubation. Der weiche Schanker hat keine solche, er entsteht im unmittelbarsten Anschlufs an die Impfung. Hat der weiche Schanker nun ein Virus, so müfste man annehmen, dafs dessen Menge bei der Übertragung schon genügend grofs ist, um gleich Reaktionserscheinungen zu erzeugen.

2. Das Virus der Infektionskrankheiten vermehrt sich nach seiner Übertragung am Ort der Invasion und unterhält und steigert durch die Vermehrung die Krankheitserscheinungen. Die Periode des progressiven Zerfalles beträgt beim weichen Schanker etwa 3—4 Wochen. Wird nun dieses progressive Fortschreiten des Geschwürs durch Vermehrung des Virus bedingt, so müfste, da das Virus mit dem Eiter den Zerfallsprodukten eliminiert wird, demzufolge die Virosität des Eiters zunehmen, der Eiter der dritten Woche des Bestandes, der mehr Virus führt, auch virulenter sein, als der der zweiten, dieser als der der ersten Woche. Nun finden wir beim weichen Schanker gerade das Entgegengesetzte. Die Virulenz des Eiters ist am Beginn, in der Pustel, die gröfste und nimmt von da successive ab. Dies wäre nur dann erklärlich, wenn die Elimination des Virus von Anbeginn über die Vermehrung desselben das Übergewicht hätte. Wäre dies aber der Fall, dann könnte eine Reaktion, ein progressives Geschwür überhaupt nicht zu stande kommen, da das Zustandekommen einer Reaktion eine Festsetzung und Vermehrung des Virus, die über die Elimination überwiegt, voraussetzt.

3. Es ist eine wohlkonstatierte Thatsache, dafs verschiedene Körperstellen gegen die Einwirkung des Schankereiters ganz auffallend verschieden reagieren. Unter der Voraussetzung eines Virus, dessen biochemischen Vorgängen die überall

chemisch gleich beschaffene Haut stets den gleich guten Boden abgeben müfste, wäre diese Thatsache unerklärlich. Sie findet aber wohl ihre Erklärung, wenn der Schankereiter einfach irritierend wirkt, in der verschiedenen Irritabilität verschiedener Hautstellen. Ebenso wäre die Thatsache, dafs gewisse akute Krankheiten die Empfänglichkeit für den weichen Schankereiter, für die Dauer der Erkrankung herabsetzen, unter der Supposition eines Virus bisher ohne Analogon.

Die Thatsachen weisen dem Boden bei Zustandekommen des weichen Schankers eine wesentliche Rolle zu, sie führen zur Überzeugung, dafs nicht so sehr die Virulenz des Eiters, als die Empfänglichkeit des Bodens den weichen Schanker macht. Ich glaube daher den weichen Schanker einfach als „Produkt der Übertragung irritierenden Eiters auf genügend irritable Haut- und Schleimhautstellen" definieren zu sollen.

Diskussion. — Hr. Neisser ist mit Finger in seiner Ansicht über den Dualismus vollkommen einverstanden. Er hält aber eben für die von Finger postulierte „genügende Reizursache" ein spezifisches, dem Ulc. molle eigens zukommendes Virus für erforderlich. Die Inkubation sei kurz, aber entspreche der kurzen Zeit, in der z. B. Staphylokokken sich wirksam erwiesen.

Hr. Finger betont die verschiedene Empfindlichkeit verschiedener Hautstellen gegen den weichen Schankereiter, der an Haut der Schenkel, des Stammes, der oberen Extremität, was Gröfse der Geschwüre, Zahl der Generationen betrifft, differente Resultate gibt, ebenso sei die lokale und universelle Immunität bei der rein lokalen Wirkung mit einer Virulenz nicht recht in Einklang zu bringen.

Hr. Lassar fragt an, ob die Fachgenossen gleich ihm ein ausgesprochenes, numerisches Mifsverhältnis veritabler weicher Schanker gegenüber den spezifischen Infiltrationen beobachtet haben.

Hr. Finger: Was Diagnose des weichen Schankers betrifft, so sei diese schwierig und nur aus der Inokulabilität des Eiters zu machen. Impfschanker und Schanker per coitum acquiriert verlaufen sehr different, haben ganz verschiedenes Aussehen, was durch die Verschiedenheit der Übertragung, die beim Impfschanker punktförmig, subepidermoidal, bei der Infektion aber oberflächlich auf unregelmäfsige Erosionen stattfindet, zu erklären ist. Ein andres Kriterium als die Inokulabilität des Eiters gebe es vorläufig nicht.

Hr. Lesser betont, dafs fast jeder Eiter metastatische Weiterverbreitung durch Impfung findet, es deshalb auch gar nicht gesagt ist, ob ein von Ulcus-molle-Sekret (das von vornherein einen Stapelplatz verschiedenster Verunreinigungen darstellt) stammendes Geschwürchen den ursprünglichen Krankheitserreger enthält.

Dies ist um so wichtiger, als ja die meisten spezifischen Indurationen mit Erosionseiter bedeckt sind, ohne dafs derselbe das syphilitische Virus in reiner Form repräsentiere. Werden doch in der Regel die subkutanen Initialaffekte erst durch mechanische Wachstumssprengung der Oberhaut oder neue Kohabitations-Insulte zur Geschwürsbildung.

Antrag von Hrn. Neisser: Die zu Strafsburg versammelte Sektion für Dermatologie und Syphilis beschliefst dahin wirken zu wollen, bei späteren Versammlungen stets als eigne Sektion konstituiert zu werden.

Hr. Unna unterstützt den Antrag.

Nach einer kurzen Diskussion, an welcher die Herren Doutrelepont, Neisser, Unna, Lesser, Lipp, Finger teilnehmen, wird der Antrag angenommen.

Hr. Doutrelepont:

Über eine noch unbeschriebene Hautkrankheit.

Ich habe jetzt noch in meiner Beobachtung einen ganz merkwürdigen Fall, der in dieser Art noch nicht beschrieben und schwer zu erklären ist.

Eine frühere Wärterin einer Irrenanstalt in der Umgebung von Bonn kam im Monat Mai in die Klinik. Am 1. August stach sie sich mit einer Nadel unter den Nagel des linken Daumes. Die Nadel wurde durch Eiterung entfernt. Am 2. August traten an der ersten Phalanx des Daumens 2 weifsliche Flecke auf. Allmählich verbreiteten sich diese Flecke über den ganzen Körper. (Herr DOUTRELEPONT zeigt die Photographien.) Auf den ersten Blick scheint es, man habe wahre Keloide vor sich, allein die Anamnese lehrt uns, dafs wir von falschen Keloiden sprechen müssen.

Einige Flecke verwandelten sich in Pemphigus ähnliche Blasen. Hierauf wurde die Oberfläche der gangräneszierenden Haut abgestofsen, und darauf folgte Granulationsbildung, die in Keloid überging. Später wandte DOUTRELEPONT Sublimatbehandlung an, wobei sich keine Keloide mehr entwickelten, sondern die Geschwüre normal vernarbten.

Eine solche Verletzung gerade am Tage vorher spricht sehr für eine Infektion, und in der jetzigen Zeit kann man sich nicht anders denken, als dafs etwas Virulentes eingedrungen sei. Leider sind meine Untersuchungen bis jetzt vollständig negativ ausgefallen. Dafs Kokken an der Oberfläche der gangräneszierenden Haut gefunden werden, ist ja natürlich. Ich habe weifse Stellen exstirpiert und in Alkohol gehärtet. Hier und da habe ich kleine Kokkenhaufen gefunden, aber mehr an der Oberfläche.

Am Schlufs bittet DOUTRELEPONT die Kollegen, um Mitteilung, ob ihnen aus der Litteratur oder Erfahrung ähnliche Fälle bekannt seien.

Die Patientin ist ein junges Mädchen, blühend, kräftig, 25 Jahre alt. Zur Zeit des Auftretens der Flecke hatte sie 38,5—39,0. Auch hatte die Patientin an den affizierten Stellen brennende Empfindung.

Hr. FINGER fragt, ob der Gangrän nicht ein erythematöser Prozefs vorausgegangen sei und ob nicht ein symmetrisches Auftreten stattgefunden habe.

Hr. DOUTRELEPONT verneint beides.

Hr. LESSER berichtet von einem Fall, der gewisse Analogien darbot, aber durch merkurielle Behandlung heilte, obwohl Syphilis ausgeschlossen werden konnte.

Hr. LIPP erzählt von einem Fall von Hautgangrän, der leider einer längeren Beobachtung entzogen wurde. Merkwürdig war dabei eine zeitweilige vollständige Anurie während vieler Wochen.

Hr. LUTZ (Limeira, Brasilien) demonstriert eine kleine Zehe, die von einem Kranken mit Ainhum entfernt wurde. Der Prozefs befindet sich hier noch im Anfangsstadium und die Operation wurde nur vorgenommen, weil die Zehe sich in Valgusstellung befand und den Kranken am Gehen hinderte. Eine anatomische Untersuchung soll später angestellt und publiziert werden.

---

3. Sitzung.

Vorsitzender: Hr. DOUTRELEPONT.

Hr. NEISSER:

Über Kalomelinjektionen.

Der Vortragende berichtet über die nach SCARENZIOS, KÖLLIKERS und SMIRNOFFS Vorgang gemachten Kalomelinjektionen, welche im Laufe des letzten Jahres auf seiner Klinik zur Syphilisbehandlung versucht wurden. — Die Herren KOPP und CHOTRUE werden später darüber ausführlich berichten.

Meine Schlufsfolgerungen sind folgende:

1. Die von uns geübte Methode der Kalomelinjektionen besteht in der Einspritzung von 1 cg einer mehrprozentigen Suspension von Kalomel in kochsalzhaltigem Wasser, mit oder ohne Mucilag. gummi arabic.

Es wurden behandelt:
in Klinik und Poliklinik: 106 Patienten; 39 Männer und 67 Frauen;
privatim: 16 „ 15 „ „ 1 „

Am besten bewährte sich unter verschiedenen Versuchen, bei denen die für die Einzelinjektion verwandte Kalomelmenge 0,025, 0,06 und 0,1 mit entsprechender Änderung der Injektionszahl betrug, die alte Angabe: 4—6 Injektionen zu 0,1 Kalomel zu machen.

℞ *Calomel.*
Natr. chlor. ää 5,0
Aq. destill. 50,0
Mucilag. gummi arab. 2,5

Die Beifügung des Natr. chlor. zur Flüssigkeit hat den Vorteil, das Kalomel in feinste Verteilung innerhalb der Flüssigkeit zu bringen und den Zusatz andrer zu diesem Zwecke angewandter Mittel, z. B. Gummi arabic., ersparen zu können.

Mit Mucilago ist die Suspension eine etwas leichtere. Doch habe ich den Eindruck, dafs die später zu erwähnenden Nachteile (Schmerzhaftigkeit etc.) durch den Zusatz von Gummi vergröfsert werden.

In der Flüssigkeit entstehen natürlich kleine Mengen von Sublimat, welche für die Injektion und ihren therapeutischen Wert selbst bedeutungslos sind, dafür den Vorteil gewähren, dafs die Injektionsflüssigkeit stets frei von Mikroorganismen bleibt.

2. Die Injektionen werden, wie sich nach verschiedenen, mannichfach variierten Versuchen ergeben hat, am besten wöchentlich je 1 mal, oder alle 2 Wochen je 2 auf einmal gemacht; im ganzen 4—6 Injektionen. Es entsprechen diese 4—6 Injektionen jedoch nicht ganz 0,4—0,6 Kalomel, da stets ein Rückstand in der Spritze bleibt, der trotz sorgfältigen Schüttelns nicht zu vermeiden ist. Bei Gummizusatz ist derselbe bedeutender, als ohne denselben. — Als Ort der Injektion eignen sich am besten die Glutäalregionen (besonders die seitlichen Teile hinter dem Trochanter), event. die seitlichen Rückenpartien. Es mufs tief in die Gewebe injiziert werden, aber möglichst mit Schonung der Muskeln. — Massieren nach der Injektion ist nicht vorteilhaft.

3. Die Kalomelinjektionen sind neben der Inunktionskur die wirksamste und energischste Methode der Syphilisbehandlung.

Das bei der Einspritzung deponierte Kalomel erfährt eine allmähliche, durch viele Wochen hindurch stetig sich vollziehende Umwandlung in lösliches Quecksilberchlorid, welches als Quecksilberalbuminat zur Resorption gelangt. Wir haben demgemäfs eine Methode, bei welcher — analog den Vorgängen bei der Inunktionskur — eine ganz besonders langdauernde und doch nur langsam sich entwickelnde Durchtränkung des Organismus mit Hg vor sich geht. — Die diesbezüglichen Urinuntersuchungen sind noch nicht abgeschlossen und werden später berichtet werden. Ich halte sie demnach schon a priori für die einzige Methode, welche die Inunktionskur an therapeutischer Wirksamkeit erreicht, eine Ansicht, welche die klinische Erfahrung durchaus bestätigt.

Die Kalomelmethode ist deshalb besonders brauchbar und hat sich praktisch bewährt:

1. Als erste Kur eines Syphiliskranken. Gerade dieser ersten Kur glaube ich, wie ich an andern Orten auseinandergesetzt habe, eine ganz besondere Bedeutung beimessen zu müssen.

2. Für die Behandlung schwerer Recidive sowohl der Frühperiode (Iritis, papul., squamöse Exantheme etc.) als der Spätperiode. Bei keiner Methode der Allgemeinbehandlung, selbst nicht bei den zugleich als örtliche Behandlung wirkenden Kuren, haben wir ein so rapides Abheilen der derben, sonst so resistenten Krusten papulöser Exantheme beobachtet, als nach Kalomelinjektionen.

3. Für die von mir im Fournierschen Sinne 3 bis 4 Jahre hindurch angewandten, jährlich einmal eingeleiteten energischen Kuren.

Zur Behandlung der leichteren, bisweilen ja sonst ohne Pause Monate hindurch auftretenden Recidive der Frühperiode, ferner für die (nach Fournier) einzuschaltenden kleineren Zwischenkuren sind die Injektionen mit den leicht resorbierbaren und schnell den Organismus passierenden Hg-Amid-Verbindungen oder Hg-Chlorid-Natrium, oder die intere Behandlung mit Hydr. oxydulat. tannic. vorzuziehen.

Den ganz besonderen Wert der Methode sehe ich in der Vereinigung der therapeutischen Wirksamkeit einerseits mit der praktischen Bequemlichkeit anderseits, wodurch es ermöglicht wird, namentlich bei ambulanten (auswärts wohnenden) oder unzuverlässigen Patienten in einer dieselben meist wenig belästigenden und wenig Zeit kostenden Weise eine gründliche, an Wirksamkeit der Inunktionskur fast gleichartige Kur sicher durchzuführen. Recidive bleiben bei dieser Methode, wie bei jeder andern, nicht aus. Ein definitives Urteil zu fällen bin ich bei der Kürze der Beobachtungsdauer nicht im stande.

Die Nachteile bestehen 1. in der — andern Injektionen gegenüber — entschieden stärkeren Schmerzhaftigkeit mit bisweilen umfangreichen Infiltraten an der Injektionsstelle. Abscesse entstehen wohl häufiger, als bei andern Hg-Injektionsflüssigkeiten, aber bei vorsichtiger Technik doch selten. Weiber, überhaupt fettreiche Personen, leiden zwar unter diesen Nachteilen häufiger, als Männer und fettarme Menschen, bei im ganzen 717 Injektionen entstanden 31 Abscedierungen (welche zum Teil nachweislich auf direkt schlechter Technik beruhen). — Schmerzen waren häufiger. Zwei der 16 Privatpatienten erklärten nach der ersten Injektion keine weiteren sich machen zu lassen. Unter den 106 klinischen und poliklinischen machten 73 die volle Behandlung durch (d. h. erhielten mindestens 0,3 Kalomel); bei 33 wurde die Kur vorher unterbrochen.

Die oben erwähnten 31 Abscedierungen verteilen sich auf 25 Patienten, indem 1 Patient 3 Abscesse, 4 je 2 und 20 je 1 Abscedierung bekamen; doch sind hier die individuellen Verschiedenheiten auffallend grofs.

Die entzündlichen Vorgänge an der Injektionsstelle — Infiltrate oder Abscesse — sind auf die Eigenschaften der Injektionsflüssigkeit, nicht auf die Verunreinigungen zurückzuführen. Kulturversuche ergaben, dafs sowohl die Injektionsflüssigkeit wie der Abscefsinhalt stets mikroorganismenfrei waren. Damit in Übereinstimmung steht auch die auffallend rasch sich abspielende Heilung der bisweilen sehr grofsen Abscefshöhlen. — Nie bleiben Verhärtungen an den Injektionsstellen zurück.

Die Menge des in der Injektionsflüssigkeit enthaltenen Kalomels — sie schwankte in unsern Versuchen zwischen 0,025 und 0,1 — ist für den Grad der Schmerzhaftigkeit wie der Infiltratbildung verhältnismäfsig irrelevant. Die Patienten ziehen daher mit Recht die grofsen und seltener gemachten Injektionen (zu 0,1 Kalomel) vor. Das Entstehen der — stets Kalomel im Eiter enthaltenden — Abscesse schädigt den therapeutischen Erfolg einer Kur.

2. In der gröfseren Häufigkeit von Stomatitis; dieselbe kam erst mehrere Wochen nach der letzten Injektion zur Beobachtung; fraglich ist es, ob infolge der durch die Summe der Injektionen entstandenen Kumulation der Hg-Wirkung, oder wegen der gröfseren Lässigkeit der Mundpflege nach beendigter Kur.

Jedenfalls aber beweist dieses späte Auftreten der Munderscheinungen, wie lange Zeit hindurch das Hg im Organismus seine Aktion ausübt. — Bei den privatim von mir behandelten Kranken sah ich nur 2 mal eine ganz leichte Zahnfleischschwellung, während in der Hospital- und poliklinischen Praxis 15 mal, zum Teil starke Stomatitis beobachtet wurde. Im Hospital selbst trat dieselbe nur in ganz vereinzelten Malen auf; die Patienten kamen fast alle mit Stomatitis in die Station.

Andre Erscheinungen starker Hg-Wirkung, insbesondere Darmerscheinungen, sind nie beobachtet worden.

Der gleichzeitige innerliche Gebrauch von Jodsalzen hat keinen Einfluſs weder auf die Wirksamkeit der Injektionen, noch auf das etwaige Zustandekommen der störenden Bubonenwirkungen.

Dagegen ist reichlicher Kochsalzgenuſs, sei es als Zusatz zu den Speisen, sei es direkt verabreicht, von entschiedener Bedeutung, ob in therapeutischer Beziehung, läſst sich noch nicht feststellen; jedenfalls aber werden Schmerzhaftigkeit, Infiltrations- wie Abscefsbildung, wie anderseits deren Resorption günstig beeinfluſst.

Wenn ich zum Schluſs meine Erfahrungen in ein Gesamturteil zusammenfassen darf, so lautet es folgendermaſsen:

Als beste und wirksamste Kur hat nach wie vor die Inunktionskur zu gelten. Kann dieselbe aus irgend welchen, meist in den äuſseren Verhältnissen des Patienten liegenden Gründen nicht gut und sicher durchgeführt werden, so ist sie am besten durch Kalomelinjektionen zu ersetzen.

Die Vorzüge überwiegen die Nachteile entschieden, wie die in der Praxis vernommenen Erfahrungen bezeugen.

Die sonst bekannten Arten der kutanen, subkutanen und internen Behandlung sind als sogenannte „Hauptkuren" den oben genannten nicht gleichwertig, aber doch vorzügliche und unentbehrliche Methoden bei den mannigfachen Anforderungen, welche jeder einzelne Syphilisfall in seinen einzelnen Phasen und zu seiner totalen Heilung an die ärztliche Wissenschaft stellt.

Hr. Bockhart (Wiesbaden):

Über Injektionen mit Serumalbuminquecksilber.

B. hat aus Blutserum nach bekannten Methoden das Serumalbumin rein dargestellt, dasselbe mit Sublimat und Kochsalz verbunden und zu Injektionen unter die Haut verwandt. Dieses Serumalbuminquecksilber ist ein sehr haltbares Präparat und macht, unter die Haut eingespritzt sehr geringe Schmerzen, geringere als alle andern Injektionspräparate des Quecksilbers. Die therapeutischen Resultate mit diesem Präparate waren dieselben, wie sie durch andre Eiweifs-Quecksilberpräparate auch erreicht werden; in specie dürften Recidive nach Serumalbumin-Quecksilber-Injektionen in derselben Häufigkeit vorkommen, wie nach Injektionen mit den übrigen Eiweifspräparaten des Quecksilbers auch. B. hält das Serumalbuminquecksilber für das vorzüglichste Eiweifspräparat des Quecksilbers. Bezüglich des Blutserumquecksilbers, über das B. in Nr. 5 der *Monatshefte f. Praktische Dermatologie* berichtete, erwähnt derselbe gegenüber Neisser, daſs er das von ihm selbst hergestellte Präparat als ein durchaus schmerzloses Injektionspräparat fand, selbst bei Einspritzungen desselben unter die Nates von Leuten, die während der Kur reiten muſsten.

Hr. Lipp (Graz) führt an, daſs die Darstellung des Blutserum-Quecksilbers nicht so einfach sei, und das Produkt, selbst bei Benutzung chemisch ganz reiner Substanzen, nicht immer jene Beschaffenheit und jenen Grad der Klarheit besitze, welchen Bockhart nach seinen Publikationen verlangt. Mit trüben Lösungen von Blutserum-Quecksilber entstehen stärkere Irritationen und häufigere Schmerzempfindungen als Bockhart erhielt.

Übrigens liegen noch zu wenig Erfahrungen über Darstellung und Anwendung des Mittels vor, um schon dermalen ein bestimmtes Urteil darüber abzugeben.

Kalomelinjektionen hat der Sprecher schon vor Jahren sogleich nach ihrer Empfehlung durch Scarenzio und in neuerer Zeit häufiger in Anwendung gezogen. Er erklärt dieselben als sehr energisch und auch nachhaltig wirkend, bei Iritis u. s. w. als empfehlenswert.

Die kleineren Dosierungen für die einzelnen Injektionen sind vorzuziehen, etwa 0,05, höchstens 0,10 Kalomel pro dosi, da gröfsere Depots von Kalomel unter der Haut längere Zeit brauchen, um in eine lösliche Form übergeführt und in den Kreislauf aufgenommen zu werden. Einige Injektionen mit kleinen Dosen Kalomel, statt einer kalomelreichen Injektion zur momentanen Bekämpfung syphilitischer Erscheinungen, werden kräftigere Wirkungen hervorrufen. Das Massieren nach den Injektionen ist zweckmäfsig, weil das Kalomelpulver dadurch auf eine gröfsere Fläche verteilt und die baldige Resorption gefördert wird.

Das Kalomelpulver wurde in gleichen Teilen Glycerin und Wasser suspendiert in Anwendung gebracht.

Die starken Irritationen nach Injektionen des Quecksilber-Harnstoffs vermag der Sprecher nicht zu bestätigen.

Hr. Finger interpelliert Herrn Neisser, ob er den Eiter der Abscesse, die auf die Kalomelinjektionen entstanden, auf Quecksilber untersuchte. Er hat noch als Assistent an der Klinik von Sigmund Kalomelinjektionen nach Scarenzio vorgenommen und der Eiter der Abscesse, im Laboratorium von Ludwig untersucht, ergab stets Quecksilber nur in Spuren. Das Quecksilber scheint also rascher resorbiert zu werden. Die gute Wirkung mögen die Kalomelinjektionen deshalb haben, da sie uns in den Stand setzen, relativ gröfsere Mengen Quecksilber in den Organismus einzuführen, als mit den andern Injektionspräparaten. Das Zustandekommen der Stomatitis hängt ja wohl vor allem mit der Mundpflege zusammen, auch bei Inunktionskur kommt eine Stomatitis noch nachträglich zu stande, wenn mit der Kur gleichzeitig auch die Sorge für Mundpflege sistiert wird.

Herr Schuster (aus Aachen): In bezug auf Formamid resp. Kalomelinjektionen, betreffs der Schmerzwirkung, mufs ich mich gemäfs meinen Erfahrungen den Ausführungen und Erfahrungen von Neisser anschliefsen. Die Injektionskanüle sehe ich nur dann als gereinigt an, wenn nach Durchspritzung mit einer Karbollösung auch noch reines Olivenöl so lange durchgespritzt wird, bis es rein durchgeht; denn die ersten Male geht es gewöhnlich mit einem langen schmutzigen aus der Kanüle mitgenommenem Belag weg.

Nach Kalomelinjektionen sah ich zweimal in der letzten Zeit enorm grofse Infiltrate, die auf konsequente Eisanwendung schwanden.

Hr. Lesser (aus Leipzig) hat als Suspensionsflüssigkeit für Kalomel Wasser und Glycerin (6 : 4) am zweckmäfsigsten befunden. Die Serumquecksilberinjektionen nach Bockhart waren stets bedeutend schmerzhafter als die Injektionen mit Quecksilberchlornatrium- und Quecksilberformamidlösung.

Hr. Kopp (aus München) weist auf die Verschiedenheit der Präparate hin, welche er durch die verschiedenen Resultate in Breslau und München ziemlich deutlich konstatieren konnte. In Breslau waren Abscesse aufserordentlich selten, in München erhielt er viel ungünstigere Resultate. Aufserdem erscheint aber die Abscedierung mit Rücksicht auf den Heileffekt nicht von grofsem Belang. Wenn man nach etwa acht Tagen die etwa gebildeten Abscesse eröffnet, gehen sicher nur noch sehr geringe Mengen Quecksilber für den therapeutischen Wert verloren.

Hr. Doutrelepont legt wenig Wert auf die Angaben der Schmerzhaftigkeit bei den Injektionen; es hängt dieselbe viel ab sowohl von der individuell sehr verschiedenen Empfindlichkeit der Patienten, als auch von der Rücksicht, die der Arzt auf den Patienten nimmt. Übrigens kann er für die Fälle, wo er Kalomel anwandte, die Angaben von Neisser nur bestätigen.

Hr. Unna teilt mit, dafs er auf Anlegung eines grofsen Depots von Quecksilber für die Syphilisbehandlung Wert legt und dieses auf die schmerzloseste Weise vermittelst des Quecksilberpflastermulls erreicht. Für akute Zufälle der Syphilis sind die Injektionsmethoden vorzüglich, für chronischer auftretende und die Latenzperioden zieht er die Pflastermethode (neben der Inunktionskur) vor.

Hr. Boeckhart erwidert auf Hrn. Neissers Entgegnung, er habe auch gefunden, dafs das Formamidquecksilber heftigere Schmerzen nach Injektionen mache, wenn es sauer reagiere, also verdorben sei. Gegenüber Hrn. Lesser entgegnet B., dafs er zur Herstellung des Blutserumquecksilbers einem in chemischen Dingen unwissenden Arzte allerdings einen gut geschulten Apotheker vorziehe, allein einem in physiologisch-chemischen Manipulationen wohl bewanderten Arzt für geeigneter halte zur Bereitung dieses Präparates als einen Apotheker.

Ferner bemerkt B., dafs er zur Beseitigung grofser, indolenter Bubonen der Leistengegend mit grofsem Vorteile Kalomelinjektionen anwandte. Er injizierte im Zeitraum von 5 — 6 Monaten 5 — 6 mal je 0,025 Kalomel — in Wasser und Glycerin suspendiert — in jede Drüse. Nach diesem Zeitraum waren die Drüsenanschwellungen geschwunden. Bedeutendere Schmerzen oder andre Nachteile traten nach diesen Injektionen nicht auf.

Vortrag von Hrn. Kopp:

Über die wissenschaftliche Grundlage der Lehre von den Ernährungsstörungen der Haut auf nervösem Wege (Trophoneurosen der Haut).

Seit im Verlaufe der 50er und 60er Jahre durch Romberg, Samuel und a. die Abhängigkeit mancher Ernährungsstörungen des Hautorgans von Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems behauptet wurde, wobei sich die betreffenden Forscher teils auf klinische Erfahrungen, teils auf experimentelle Untersuchungen stützen konnten, hat die Frage nach den Trophoneurosen der Haut und ihrer Pathogenese das Interesse der Neuropathologen und Dermatologen andauernd und im hohen Grade rege erhalten, und ganz gewifs dürfen wir es nicht zum mindesten der Autorität Charcots zuschreiben, dafs Samuels Lehre von den trophischen Nerven von der Mehrzahl der Kliniker adoptiert wurde; denn gerade Charcot war es, der in seinen bekannten Vorlesungen das gesamte bis dahin vorliegende experimentelle Material im Zusammenhang prüfte und auf reichliche Erfahrungen gestüzt mit Wärme für die Existenz trophischer Fasern eintrat, und viele seiner Schüler in diesem Sinne zu neuen Arbeiten anregte. Wenn wir aber die seit dieser Zeit aufserordentlich umfangreich gewordene Litteratur zu Rate ziehen, finden wir, dafs es wesentlich klinische Thatsachen sind, welche eine Deutung in gedachtem Sinne gefunden haben; dafs allerdings auch zahlreiche pathologisch-anatomische Befunde den Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Nervensystems und Ernährungsstörungen der Haut im allgemeinen sehr plausibel erscheinen lassen, aber wir werden gestehen müssen, dafs die physiologisch-experimentelle Begründung und der normal-anatomische Nachweis der trophischen Fasern bis zur Stunde noch aussteht; und es scheint mir daher nicht unzweckmäfsig die Frage nach der Pathogenese der Trophoneurosen der Haut einer erneuten Prüfung zu unterziehen und zuzusehen, ob wir in der Lage sind, die bei dem heutigen Stande unsers Wissens gewifs berechtigte Skepsis der Physiologen gegenüber den trophischen Nerven zu besiegen, oder, ob wir genötigt sind, einen andren erklärenden Mechanismus für die Deutung der hier in Frage kommenden pathologischen Phänomene heranzuziehen.

Kann man nur überhaupt erwarten mittels der bekannten neurophysiologischen Methoden, durch Nervendurchschneidung und durch Nervenreizung, durch Reizung oder Ausschaltung bestimmter Partien des zentralen Nervensystems zu einer befriedigenden Lösung des gegebenen Problems zu gelangen? Ich glaube diese Frage durchaus verneinen zu müssen, da unsre gegenwärtige Technik nicht genügt, bei den Reizungs- oder Lähmungsversuchen, welche wir an bestimmten Nerven oder zentralen Partien, denen wir aus pahtologisch-klinischen Gründen etwa trophische Funktionen zuschreiben möchten, anstellen,

reine Versuchsergebnisse zu erzielen, indem stets motorische, sensible und vasomotorische Bahnen in sehr wechselnden Kombinationsverhältnissen mitbetroffen werden, wodurch der trophische Schlufseffekt aufserordentlich schwierig gedeutet werden kann; denn einerseits begünstigt zweifellos die Lähmung der Motilität und Sensibilität das Zustandekommen äufserer Verletzungen, anderseits ist es sehr wahrscheinlich, dafs durch länger andauernde Innervationsstörungen vasomotorischer Natur die Wiederstandsfähigkeit der verschiedenen Gewebe wesentlich beeinflufst wird. Auch die normale Histologie gibt uns wenig verwertbare Aufschlüsse über die Existenz trophischer spezifischer Fasern. Man glaubte zwar eine Zeitlang in den von Pflüger und Heidenhain gefundenen, in das Innere der Drüsenzellen eingehenden Nervenfasern der Speicheldrüse, welche man als sekretorische Fasern bezeichnet hat, das Prototyp trophischer Nervenfasern sehen zu dürfen, und die von Langerhans, Podcopaew, Pfitzner, Unna und andern ins Reteepithel und sogar bis ins Innere der Retezellen verfolgten feinsten Nervenendigungen, welche indes keineswegs allgemein acceptiert wurden, bieten sich einer ähnlichen Deutung dar; aber die Sekretionsnerven der Drüsen haben nach den neuern Untersuchungen Strickers eine eminent motorische Leistung (Kontraktion der Zellhülle und Auspressung des Inhalts) zu erfüllen, so dafs von einer ausschliefslich und spezifisch-trophischen Wirkung, worunter ich Umsetzungen chemischer Art im Zellinhalt verstehe, nicht mehr die Rede sein kann, sondern höchstens von einer gemischten motorisch-trophischen Thätigkeit dieser Nervenendigungen. Und wenn selbst die zuletzt von Unna beschriebenen Nervenendigungen bestätigt werden sollten (bei meinen persönlichen Untersuchungen habe ich, wenn auch mit einer andren Methode, ähnliche Bilder wie Unna gefunden), so dürften doch diese noch problematischen Nervenendigungen wahrscheinlich gleichzeitig sensibler Natur sein, da man annehmen darf, dafs die verschiedenen Empfindungsqualitäten, welche von der Haut dem Zentrum vermittelt werden, durch verschiedene Endapparate percipiert werden. Ich kann an dieser Stelle auf die übrigen Gründe, welche für die Existenz spezifisch-trophischer Fasern beigebracht zu werden pflegen, nicht näher eingehen, glaube jedoch kaum wesentliche Einwände befürchten zu müssen, wenn ich mich der Ansicht Strickers anschliefse, dafs bis jetzt der Nachweis der „trophischen Nerven" keineswegs als gelungen betrachtet werden kann.

In besserem Einklang mit unsern pathologisch-klinischen Erfahrungen und durch anatomische Befunde wirksamer unterstützt erscheint die Annahme, dafs der wie es scheint nicht zu bezweifelnde Einflufs des Zentralnervensystems auf die Ernährung der verschiedenen Gewebe durch funktionelle, häufig auch anatomisch nachweisbare Alteration der supponierten trophischen Zentren, sowie der der Vermittelung des trophischen Einflusses dienenden Bahnen, welche man zwanglos in die bekannten Nervenkategorien verlegen kann, Abweichungen von der Norm erleidet, welche je nach den qualitativ in weiten Grenzen variablen Läsionen des Nervensystems zu Ernährungsstörungen verschiedener Art führen können, welche man als neurotische Atrophien, Hypertrophien und Dystrophien zu bezeichnen pflegt. Über die Lokalisation der trophischen Zentren ist allerdings bis jetzt nur wenig Sicheres bekannt. Für den Bewegungsapparat, und insbesondere für die quergestreiften Muskeln, scheinen dieselben in den Vorderhörnern der grauen Substanz des Rückenmarks (in den Stillingschen Kernen) zu liegen, während für die Haut nur ganz allgemein die hintern Wurzeln als Ausgangspunkt trophisch-nervöser Einflüsse angesprochen werden können, ohne dafs wir in der Lage wären, bestimmte Ganglienzellen und Ganglienzellgruppen als trophische Zentren des Hautorganes bezeichnen zu dürfen. Bei den aufserordentlichen Schwierigkeiten, welche sich in technischer Beziehung der experimentellen Forschung auf diesem Gebiete entgegenstellen, wird, wie ich glaube, nur die pathologisch-anatomische Untersuchung des Zentralnervensystems in solchen Fällen, in denen wir es mit reinen Trophoneurosen zu thun haben,

weitere Aufklärung zu bringen im stande sein; als reine Trophoneurosen möchte ich aber diejenigen bezeichnet wissen, in denen entweder keine Komplikationen von seiten der sensiblen, motorischen und vasomotorischen Sphäre vorhanden, oder wenigstens mit Rücksicht auf ihre Intensität von untergeordneter Bedeutung sind. Möglich, dafs auch die Untersuchung des Sympathicus in manchen Fällen zu positiven Resultaten führen wird; doch kann ich mich im Hinblick auf die von Klinikern und Physiologen häufig genug beklagte Dunkelheit, welche zur Zeit noch über die normale Anatomie und Physiologie des sympathischen Nervensystems herrscht, mit der Ansicht Schwimmers, dafs die trophischen Nerven und trophische Zentren vorwiegend im sympathischen System zu suchen seien, wenig befreunden. Jedenfalls mufs bemerkt werden, dafs bis jetzt ein strikter Beweis dafür, dafs im Sympathicus selbständige, bestimmten Funktionen dienende Ganglienzellen vorhanden sind, noch aussteht; anderseits kann nicht in Abrede gestellt werden, dafs im Sympathicus sekretorische, also auch in gewissem Sinne trophische Fasern verlaufen, und wenn die von Bremer und a. behauptete Innervation der endothelialen Gefäfsintima und insbesondere der Kapillaren Bestätigung finden sollte, wäre es vielleicht erlaubt, an einen trophisch nervösen Einfluſs der Vasomotoren auf die Ernährung der Gefäfswandungen zu denken, wobei hier nur ganz beiläufig an die Bedeutung der Gefäfswandalteration für die Entzündung zu erinnern wäre.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung wird sich aber gegebenen Falles nicht nur auf das zentrale Nervensystem zu erstrecken haben, sondern darf auch die peripheren Nerven keineswegs unberücksichtigt lassen, zumal da die in jüngster Zeit von Leloir, Déjérine, Chabrier und a. angestellten Untersuchungen bei einer ganzen Reihe von Dermatosen, von denen ich hier als besonders wichtig die Ichthyosis, die Vitiligo, manche Fälle von Pemphigus und andern Formen vesikulöser Dermatitis bezeichnen möchte, eine periphere parenchymatöse Neuritis, d. h. einen degenerativen Vorgang in den peripheren Nerven mit Zerfall des Marks, Kernvermehrung in den Schwannschen Scheiden und Schwund der Axencylinder, mit grofser Wahrscheinlichkeit als Ursache der Hautaffektion erscheinen lassen. Diese Befunde der französischen Autoren haben allerdings durch eine Arbeit S. Mayers, welcher einen kontinuierlichen Wechsel zwischen Regeneration und Degeneration in den peripheren Nerven als Norm hinstellt, einen Teil ihres Wertes vorläufig eingebüfst, und es wird sich jetzt darum fragen, ob die Intensität der bei den erwähnten Dermatosen gefundenen degenerativen Prozesse etwa noch in den Rahmen der normalphysiologischen Degeneration und Regeneration miteinbezogen werden mufs, d. h. es ist nicht nur eine Nachuntersuchung der S. Mayerschen und Leloirschen Befunde wünschenswert, sondern auch eine vergleichende Zusammenstellung der in beiden Fällen sich ergebenden Resultate; da ich in dieser Richtung persönlich gearbeitet habe, werde ich mir sogleich gestatten, Ihnen über die bei meinen Untersuchungen angewandten Methoden und über meine Ergebnisse zu berichten.

Nachdem ich mich sehr bald aus den bereits früher erwähnten Gründen überzeugt hatte, dafs auf experimentell-physiologischem Wege zur Klärung der uns beschäftigenden Frage kaum, wenigstens bei dem gegenwärtigen Stande unsrer Technik, wesentlich neue Thatsachen gewonnen werden könnten, und da ich zu pathologisch-anatomischen Studien an frischem Leichenmaterial z. Z. wenig Gelegenheit hatte, glaubte ich zunächst, auf dem Gebiete der normalen Histologie bleiben zu sollen und ich begann mit dem Studium der feineren Innervationsverhältnisse der Haut, indem ich von der Voraussetzung geleitet wurde, dafs ein direkter trophischer Einfluſs des Nervensystems auf die Haut nur dann möglich ist, wenn die das Hautorgan zusammensetzenden Gewebselemente sich gänzlich oder doch teilweise einer spezifischen Innervation erfreuen. In dieser Absicht faſste ich zunächst die schon von andern mehrfach studierte Innervation der Retezellen ins Auge und es gelang mir nach vie-

len vergeblichen Versuchen mittels einer sehr einfachen Methode (Härtung der zur Untersuchung verwandten Hautstückchen in Müllerscher Flüssigkeit und 24stündige Färbung der Schnitte in einer schwachen Indulinlösung) Bilder zu erhalten, welche den von Unna mit Überosmiumsäure gewonnenen sehr ähnlich waren, indem ich aus den interspinalen Räumen zwei von verschiedenen Seiten kommende feine Fädchen in das Innere der Zellen eindringen und dieselben auf oder im Zellkerne mit knopfförmigen Anschwellungen, welche vielleicht mit Kernkörperchen identisch sein mochten, enden fand.

Doch mufs ich dazu bemerken, dafs Zellen, in deren Inneres zwei Fädchen eindrangen, nur sehr spärlich vorhanden waren, häufiger sah man nur ein Fädchen, in der überwiegenden Mehrzahl sah ich nur Gebilde, welche man vielleicht als Rudimente solcher Fädchen betrachten kann, oder die Retezellen waren gänzlich frei von solchen vielleicht als Nervenendigungen anzusprechenden Fäden. Zur Zeit kann ich ein definitives Urteil über diese Gebilde noch nicht abgeben, umsoweniger als ich einen direkten Zusammenhang intraspinaler Fasern mit den in dem Corium verlaufenden Nervenfasern nie zu erweisen in der Lage war, und ich sehe mich genötigt das Resultat fortgesetzter Untersuchungen abzuwarten, doch scheint es mir vorläufig nicht unwahrscheinlich, dafs wir es hier mit intracellulären Nervenendigungen zu thun haben. In gleichem Sinne haben sich bekanntlich Pfitzner, Unna u. a. ausgesprochen. Bestärkt wurde ich in dieser Ansicht durch die mikroskopische Untersuchung eines Hautstückchens von einem Falle von Herpes Zoster, bei welchem ich Veränderungen von Retezellen (hydrophische Schwellung, Schwund des Kerns, Vakuolenbildung) auch an solchen Stellen fand, wo das Corium völlig frei von Entzündungserscheinungen war. Wenn wir jetzt noch die Analogie der in das Innere mancher Drüsenzellen eindringenden feinsten Nervenfasern heranziehen, wobei es sich ja auch um eine direkte Innervation epithelialer Gewebselemente handelt, so erscheint die Annahme eines die Ernährung der Reteepithelien regulierenden durch direkte Innervation vermittelten Einflusses um so plausibler, als die vorerwähnten Untersuchungen von Leloir, Déjérine u. a. gerade bei solchen Hautaffektionen, deren Ausgangspunkt nach unsren gegenwärtigen Erfahrungen ins Rete Malphighii verlegt werden mufs, Läsionen in den kutanen Nervenverzweigungen dargethan haben. Da indes nach S. Mayer auch normaler Weise in den peripheren Nerven Degenerations- und Regenerationsvorgänge nachzuweisen sind, untersuchte ich in 16 Fällen von ganz frischen an akuten Krankheiten gestorbenen Individuen und an amputierten Gliedern die Hautnerven teils mit der Osmium-Pikrokarmin-Methode Leloirs, teils in Salzlösung nach S. Mayer, und kam dabei zu folgendem Resultate:

Degenerierte oder in Degeneration befindliche Nervenfasern fanden sich in allen Präparaten, spärlicher bei jugendlicheu Individuen als bei Erwachsenen; die Degenerationsvorgänge waren am entschiedensten ausgesprochen bei den Hautnerven solcher Induviduen, welche der arbeitenden Klasse angehörten und an deren Extremitäten Deformationen, Schwielenbildung, Clavi und ähnliche Anomalien vorkamen. Doch wurden in keinem Falle die von Leloir u. a. bei Vitiligo, Ichthyosis, Pemphigus angegebenen Degenerations-Verhältniswerte erreicht, so dafs die Ansicht dieser Autoren, dafs die von ihnen gefundenen Läsionen in den peripheren Nerven in einem direkten Zusammenhang mit den entsprechenden Dermatosen stehen, durch meine Untersuchungen wesentlich unterstützt erscheint. Dabei will ich beiläufig bemerken, dafs die Untersuchung in Salzlösung (0,5 %) mir exaktere Resultate zu geben schien, als die Osmium-Pikrokarminbehandlung, indem ich bei der Vergleichung je zweier einem Individuum entstammender und demselben Nervenästchen entnommener Präparate bei Salzwasserbehandlung nahezu immer mehr degenerierte Fasern fand, als bei der andren Methode.

Meine Bemühungen, in den endothelialen Kapillargefäfswandungen, sowie in der Intima der kleinen Arterien und Venen Nervenendigungen aufzufinden, sind bis jetzt leider ohne Erfolg gewesen. Da indes zahlreiche Gründe für eine Abhängigkeit der Gefäfswanderernährung von nervösen Einflüssen sprechen und anderseits positive Befunde von seiten UNNAS und BREMERS behauptet worden sind, scheint es mir besonders mit Rücksicht auf die grofse Bedeutung, welche der Gefäfswandalteration ziemlich allgemein für die Entzündung beigelegt wird, sehr wünschenswert in der erwähnten Richtung weiter zu forschen, da wir für die Aufhellung der Pathogenese mancher bis jetz noch völlig dunklen Krankheitsvorgänge zweifellos wesentlich gefördert würden, wenn es gelänge, eine spezifische Innervation der Endothelien normaliter zu erweisen.

Bei dem grofsen Interesse, welches die Trophoneurosenfrage seit SAMUEL sowohl für die allgemeine Pathologie als auch besonders für die Dermatopathologie besitzt, glaubte ich Ihnen von den bescheidenen Resultaten meiner Studien Mitteilung machen zu dürfen. Ich war bei der Wahl meines Themas wesentlich von dem Wunsche geleitet, zu einer Diskussion über die Mittel und Wege, durch welche eine Förderung unsrer Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen des Nervensystems und Ernährungsstörungen des Hautorgans angestrebt werden kann, anzuregen und möchte zum Schlusse nochmals betonen, dafs nach meiner persönlichen Überzeugung der experimentell-physiologische Weg vorläufig zu eindeutigen Resultaten nicht zu führen verspricht; dafs die pathologische Untersuchung des zentralen und peripheren Nervensystems, namentlich in Fällen reiner unkomplizierter Trophoneurosen niemals versäumt werden sollte, wenn irgend Gelegenheit dazu gegeben ist, und dafs vielleicht auch von der normalen Histologie mannigfache Unterstützung zur Klärung der noch dunklen Ernährungsverhältnisse der Zellindividuen geschafft werden darf.

Hr. UNNA demonstriert anhangsweise die Originalphotogramme der von ihm dargestellten Nervenenden der Stachelzellen.

Vortrag des Hrn. SCHUSTER (Aachen):

Die Merkurseife.

Im Jahre 1882 berichtete ich im ersten Hefte der *Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis* über eine harte Merkurnatronseife, welche ich in der CHARCOTschen Poliklinik der Salpetrière gesehen hatte. Da bei der Anwendung dieser Seife, wie die Harnuntersuchungen ergaben, Merkur in den Organismus überging, ähnlich wie bei der alten Merkursalbe, so glaubte ich betreffs Feststellung ihres therapeutischen Wertes zu Versuchen mit dieser Natronmerkurseife an den syphilitischen Kliniken auffordern zu sollen. Für die Privatpraxis konnte vorab die Merkurseife der grauen Salbe gegenüber nicht standhalten, weil behufs eines ergiebigen Heileffektes die Einreibungszeit eine mindestens ebenso lange Dauer beanspruchte, wie die graue Salbe. Noch ehe man seitens der Kliniken ein Urteil über die Natronmerkurseife hätte abwarten können, erschien in demselben Jahre in derselben Vierteljahrschrift die Arbeit OBERLÄNDERS über seine weiche Merkurkaliseife. Nach dessen Angaben waren deren Vorteile gegenüber dem Unguentum hydrargyri cinereum so grofse, dafs ich mich veranlafst sah, dieselbe sofort zur Anwendung zu bringen. Ein besonderer Vorteil der OBERLÄNDERschen weichen Merkurseife sollte darin liegen, dafs sie, wie OBERLÄNDER angab, sich ebenso vollständig innerhalb 2—4 Minuten verreiben lasse, wie die graue Salbe innerhalb 10—20 Minuten; ferner konnte man sich der Auffassung OBERLÄNDERS anschliefsen, dafs die in dem Präparate enthaltene Kaliseife als solche auch einen therapeutischen Wert entfalten könne. Waren doch die KAPHENGSTschen Empfehlungen der Kaliseife zur Behandlung der Skrofulose und ihrer Drüsenschwellungen

von verschiedenen bewährten Seiten bestätigt worden. Die Vorstellung, dafs in der weichen Merkurseife demnach die Seife neben dem Merkur bei der Behandlung der Syphilis als therapeutisch mitwirkend in Frage kommen könnte, war daher berechtigt.

Ich gab deshalb der Neunerdt- (Wingsschen) Apotheke den Auftrag, mir eine neutrale Merkurseife nach Oberländers Vorschrift zu bereiten. Hiernach wird Oleum Olivarum provinciale und Kali causticum zu einer im chemischen Sinne völlig neutralen Seife verarbeitet, diese wird dann unter Mithilfe von etwas Glycerin mit Merkur zur weichen Salbe verrieben.

Oberländer nahm das Verhältnis von Merkur zur Seife wie 1 zu 3, während in dem offizinellen Unguentum hydrargyri cinererum das Verhältnis von Merkur zum Konstituens wie 1 zu 2 ist.

Ich glaubte aber, um einen sicheren Vergleich in der Wirkung der Quecksilberseife und Salbe zu erhalten, sei es nötig, den Merkurgehalt der Seife von derselben Stärke wie bei der Salbe zu verlangen. Die ersten Versuche der Bereitung einer solchen Seife mifslangen. Ich mufs nun hier bereits hervorheben, dafs die Bereitungsweise einer brauchbaren, weichen, sogenannten neutralen Merkurseife sowohl im Verhältnis von 1 zu 2, aber auch in dem von 1 zu 3 keine leichte Sache ist.

Man erhält meist ein scheinbar der grauen Salbe gleichwertiges Präparat; beginnt man aber dasselbe zu verreiben und gibt sich die Mühe, die verriebene Masse mit der Lupe zu betrachten, so entdeckt man gar häufig bald, dafs das Quecksilber sich in feinen Metallkügelchen sowohl an der verriebenen, als wie auch an der zu verreibenden Fläche ausgesondert hat. Dafs ein solches Präparat zum Einreiben nicht geeignet ist, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. Es wird sogar insofern nachteilig wirken, als die Kügelchen in die Kleider, in das Zimmer verrollen und durch leichtere Verdunstung dann eingeatmet werden können. Diese Kügelchen entdeckt aber auch oft das nicht bewaffnete Auge. Ich habe hier eine vergleichsweise aus der Dresdener Löwenapotheke durch die hiesige (Aachener) Löwenapotheke bezogene sogenannte untadelhafte Merkurseife im Verhältnisse von 1 zu 2; sie ist etwas dunkler als die in Aachen bereitete, hat einen Kaliseifengeruch und zeigte, sofort nach ihrer Ankunft geprüft, dafs die Hand, welche einrieb, sehr bald von Quecksilbermetallkügelchen wie besät war; dasselbe Bild bot die eingeriebene Fläche, mit der Lupe betrachtet, dar.

Nach wiederholten Versuchen gelang es der Neunert- (Wingsschen) Apotheke, und bald auch der Sommerschen Löwenapotheke in Aachen, eine mich befriedigende neutrale, schöne, weiche, graue Merkurseife herzustellen, deren Farbe heller stahlblau erscheint, als die des Unguentum hydrargyri cinereum, und die sich mit Hilfe von wenig Wasser gut verreiben läfst.

Im folgenden gebe ich die von beiden Apotheken geübten Verfahren zur Bereitung der weichen Merkurseife an.

Die Neunert- (Wingssche) Apotheke verfährt folgendermafsen:

200 Teile Schmalz werden mit 100 Teilen Liq. Kali caustici (ponderis specifici 1,33) lege artis verseift, und zuletzt noch 50 Teile Wasser zugesetzt. Dann nimmt man 200 g (resp. 1 Teil) Quecksilber, verreibt dieses aufs sorgfältigste mit 100 g (resp 0,5 Teil) Schmalz unter Zusatz von etwas Chloroform, welches die Verteilung befördert und allmählich sich vollständig verflüchtigt. Ist dieses geschehen, so setzt man von obiger Seife 300 g (resp. 1,5 Teil) langsam zu, mischt aufs beste, so dafs die Stärke der fertigen Seife gleich ist der des Unguentum hydrargyri Pharm. Germaniae; aber auch ihre Konsistenz soll dieselbe sein. Die Seife mufs möglichst chemisch neutral sein und darf, wie bereits hervorgehoben, beim Verreiben unter der Lupe keine Quecksilberkügelchen erkennen lassen.

Die Sommersche Löwenapotheke in Aachen bereitet die weiche Merkurseife nach folgender Vorschrift: Es wird zunächst eine graue Salbe aus Hydrar-

gyrum und Adeps zu gleichen Teilen lege artis bereitet, resp. eine solche bereits vorbereitete mit einem Teile Sapo kalinus albus verrieben, also:

℞ *Hydrargyri, Adipis, Sapon. kalin. albi* $\overline{aaa}$ partem unam;
leni calore adde:
Liquoris kali hydrici quantum suff. usque ad saponificat. perfectam; sit neutrale.

Um bei dieser Bereitungsweise das Ausscheiden des Quecksilbers in feinen Kügelchen zu vermeiden, mufs beim Erwärmen besonders aufgepafst werden; es soll nur eben erwärmt werden.

Die weiche Quecksilberseife verreibt sich sehr leicht; man streicht sie ohne Zusatz von Wasser auf den einzureibenden Körperteil; sehr bald erscheint sie wie verrieben und wird trocken; man mufs dann die Finger nur eben in Wasser tauchen, um die Seifensalbe in schöner Weise weiter verreiben zu können. Ich konnte mich aber nicht entschliefsen, mich, wie Oberländer will, mit einer Einreibezeit von 2—4 Minuten zu begnügen. Allerdings erscheint in dieser kurzen Zeit die eingeriebene Seife wie verschwunden; läfst man dann aber unter Zuhilfenahme von etwas Wasser wieder verreiben, so kommt die graue Färbung wieder in intensiver Weise zum Vorschein, und das sieht man während 10—15 Minuten lang. Innerhalb dieser Zeit ist die weiche Merkurseife gut eingerieben; es liegt bei weitem nicht der graue Schmutz auf der eingeriebenen Hautstelle, der bei dem Unguentum cinereum auch bei 20 Minuten langem Reiben zurückbleibt; dementsprechend werden auch die Unterkleider lange nicht in dem Mafse beschmutzt, wie dies bei dem Unguentum cinereum der Fall ist. Man sieht aber noch den folgenden Tag mittels der Lupe feine graue Massen der weichen Merkurseife in den feinen Linien und Furchen der Haut lagern, als Zeichen, dafs die weiche Merkurseife nicht abbröckelt, wie dies der Natronseife eigen ist. Stark behaarte Teile eignen sich nicht besonders für die weiche Merkurseife, da die Haare von derselben viel zurückbehalten.

Eine gut bereitete neutrale weiche Merkurseife macht viel seltener Merkurekzem als das Unguentum hydr. cinereum.

Es bleibt nun noch die wichtigste Frage zu erörtern, nämlich die nach der Wirkung auf den Organismus, resp. auf den syphilitischen Prozefs im Vergleich zu der des Unguentum hydrag. cinereum.

Meine Erfahrung geht nun dahin, dafs die weiche Sapo mercurialis von demselben Merkurgehalt und in derselben Menge des Unguentum hydr. cinereum bei 10—15 Minuten langer Einreibung stärkere Quecksilberwirkung entfaltet, als das Unguentum cinereum bei 20 Minuten langer Einreibung. Diese Anschauung gründet sich darauf, dafs bei der Sapo mercurialis der Eintritt von Zahnfleisch- und Munderkrankung häufiger und rascher eintritt, als bei der Anwendung des Unguentum cinereum; auch finde ich das Auftreten von Merkurdiarrhöe häufiger auf Sapo mercurialis. Es bedarf ja kaum der Andeutung, dafs es Individuen gibt, welche Merkureinreibungen sehr gut ertragen, ohne seitens des Mundes oder Darmes Störungen aufzuweisen. Ich erinnere mich eines Kranken, der mir den bestimmten Auftrag von seinem Arzte, einem bewährten Syphilidologen, schriftlich überbrachte, die merkurielle Behandlung nicht eher einzustellen, als bis ausgesprochener Ptyalismus eingetreten sei. Ich mühte mich vergebens mit 45 starken Inunktionen von Unguentum cinereum ab; auch vermochte ich nicht durch gleichzeitig wiederholt vorgenommene Injektionen von Cyanquecksilber merkurielle Mundaffektionen zu erzielen und mufste schliefslich die Kur einstellen, ohne dafs ich der gestellten Aufforderung hätte Genüge leisten können. Dabei ergab die Untersuchung der Faeces einen grofsen Quecksilbergehalt. Eine ähnliche Erträglichkeit individueller Art findet sich auch öfter gegen die Sapo mercurialis; dennoch findet man dann immer bei der Untersuchung des Falles auf Quecksilber einen schönen Jodquecksilberring als Nachweis des Aufgenommenseins des Quecksilbers. (Betreffs des Nachweises des Quecksilbers in den Ausscheidungen des Organismus ziehe ich auch jetzt

noch die Untersuchung der Faeces der des Harns vor. Obzwar ich in einer Mitteilung an den Verein für innere Medizin zu Berlin unterm 21. März 1884 [*Deutsche Med. Wochenschrift.* 1884. Nr. 18] den Nachweis geliefert habe, dafs da, wo Quecksilber in den Faeces gefunden wird, es auch im Harne vorhanden sein, resp. meist gefunden werden müsse, dafs die Ausscheidung des Quecksilbers gleichzeitig durch Nieren und Darm stattfinde — ein Nachweis, der durch die später veröffentlichten Negaschen Untersuchungen bestätigt wurde — so ziehe ich dennoch die Untersuchung der Faeces zum Auffinden des Quecksilbers als viel weniger zeitraubend und besonders als viel sicherer der Untersuchung durch den Harn vor. Letzterer ist, wie ich auf Grund mehrerer hundert Untersuchungen auf Quecksilber, die ich durch einen bewährten Chemiker habe machen lassen, behaupten mufs, wahrscheinlich infolge der vielen Harnsalze, die immer wieder in Lösung gehen, zum Nachweise des Quecksilbers nicht so geeignet wie die Faeces.)

Den Fällen von langer Erträglichkeit der Quecksilberseifeneinreibungen stehen aber mehr Fälle gegenüber, bei denen verhältnismäfsig früh sich Zahnfleischschwellung und Ablösung desselben zeigte, oder aber auch die bekannten Darmerscheinungen, welche beide Symptome man dann doch als sichere Zeichen des aufgenommenen Quecksilbers ansehen mufs.

Ich erwähne aus vielen nur einige Fälle:

Den 30. August 1884. — Si . . . nach 6 Einreibungen von Sapo mercurialis Zahnfleischschwellung, Durchfall, Kolik.

Den 7. September 1884. — Derselbe nach 5 weiteren Einreibungen Ptyalismus.

Den 13. September 1884. — Daug . . . nach 9 Einreibungen heftiger Durchfall und Ptyalismus.

Schre . . . nach 6 Einreibungen Zahnfleischschwellung, aber auch Erweichung des grofsen harten Hodentumors.

Dürk . . . nach 7 Einreibungen Zahnfleischschwellung.

Mattosch . . . nach 9 Einreibungen dickes, schmerzendes Zahnfleisch.

Grek . . . nach 12 Einreibungen schwere Mundaffektion.

Es würde zu weit führen, die Fälle alle anzuführen, in denen sich verhältnismäfsig früh nach den Quecksilberseifeneinreibungen Quecksilberintoxikationserscheinungen zeigten; bei vielen derselben wurden die Faeces untersucht und dann jedesmal ein schöner, breiter Jodquecksilberring nachgewiesen, so dafs die vorhandene Mundaffektion nicht von etwaiger äufserlicher Einwirkung des Quecksilbers auf den Mund abhing. Durchschnittlich zeigte sich bei einer Einreibungsmenge von 4—5 g Merkurseife schon bei der 11. Einreibung starke Zahnfleischaffektion. Nach der Anwendung der grauen Quecksilberseife zeigte sich mir bei denselben hygieinischen Verhältnissen die Quecksilbermundaffektion resp. der Merkurialismus nicht so häufig und so bald, wie nach der Quecksilberseife. Ich mufs infolgedessen den Schlufs ziehen, dafs die weiche Merkurseife im Verhältnisse von 1 : 2 mächtiger auf den Organismus einwirkt, trotz kürzerer Dauer der Anwendung, als die Merkursalbe.

In bezug auf therapeutische Einwirkung kann ich nur im allgemeinen die Erklärung abgeben, dafs dieselbe eine sehr befriedigende und mindestens gleichwertige mit der des Unguentum cinereum ist, ich möchte aber glauben, dafs sie eine gröfsere ist.

Die Merkurseife hat den Vorteil, dafs sie sich rascher verreiben läfst, als die Salbe, dafs sie nicht so sehr schmutzt, wie die graue Salbe, dafs sie — vielleicht wegen der verhältnismäfsig kürzeren Dauer des Einreibens — viel seltener Merkurekzem macht, als das Unguentum cinereum, dafs man sie in geringerer Menge behufs derselben Wirkung anzuwenden braucht, als die graue Salbe, wenn man sie in demselben Stärkeverhältnis wie diese anwendet, dafs der Übergang des Quecksilbers aus der Merkurseife in den Organismus ein sehr sicherer und reichlicher ist, dafs sie demnach zur Behandlung des syphilitischen

Prozesses, resp. überall da, wo eine Quecksilberbehandlung angezeigt ist, ganz besonders geeignet ist, dafs sie aber in bezug auf ihre Güte sowie ihre Neutralität vom Arzte kontrolliert werden mufs.

Hierauf erfolgt eine Diskussion, an welcher sich die Herren NEGA, BOCKHART und UNNA beteiligen.

Im Verlauf derselben weist Hr. SCHUSTER den von NEGA erhobenen Vorwurf als nicht zutreffend zurück, dafs er in den einzelnen Fällen zu wenig Analysen, in vielen Fällen aber nur eine Untersuchung vorgenommen hätte, wodurch das relative Verhältnis der negativen und positiven Fälle wesentlich beeinflufst worden wäre. Nach NEGAS Meinung würde bei mehrmaliger Untersuchung die Zahl der Fälle, wo im Verlauf einer Quecksilberbehandlung kein Quecksilber im Harn gefunden worden wäre, eine weit geringere gewesen sein, als dies nach SCHUSTERS Angaben der Fall ist. Auf diesen Einwand erwidert Hr. SCHUSTER u. a. mit Hinweis auf die Kostspieligkeit der Analysen, welche er der Sicherheit halber durch einen Chemiker ausführen läfst, und welche bei der von demselben neuerdings angewandten Methode sehr viel Zeit in Anspruch nehmen.

Hierauf spricht er von den durch das Vorhandensein organischer Stoffe bedingten Schwierigkeiten der Harnuntersuchung. Der Harn ist eine ganz besondere Flüssigkeit.

Ferner gibt Hr. SCHUSTER an, dafs er in vielen Fällen, wo der Harn kein Quecksilber enthalten hat, im Kot noch Quecksilber gefunden habe. Nach seiner Ansicht sind Kotanalysen der einzig sichere Weg, die Quecksilberausscheidung nachzuweisen.

Im Harn hat er auch bei Anwendung der neuen verbesserten Methode (das LUDWIG-FÜRBRINGERsche Verfahren nach vorheriger SH-Durchleitung, siehe *Deutsche med. Wochenschr.* l. c.) zuweilen Schwierigkeiten, das Quecksilber nachzuweisen, deshalb empfiehlt er dringend die Kotanalysen.

Hr. NEGA erwähnt kurz die mit der Merkurseife an der Strafsburger Klinik erzielten Resultate, worüber an geeignetem Orte zu lesen ist.

Hr. NEGA hat nur wenige Kotanalysen gemacht, da die von ihm verwandten und in einigen Details, z. B. dem Jodierungsverfahren, modifizierte LUDWIG-FÜRBRINGERsche Methode der Harnuntersuchungen in den von ihm untersuchten Fällen von Schmierkuren etc. fast konstant positive Resultate ergab. NEGA hat keinen Fall beobachtet, wo während einer Schmierkur mit Anwendung von Tagesmengen von 1½ g Hg bei mehrmaliger Untersuchung der Nachweis des Hg im Harn nicht gelungen sei. Da es sich in seinen wie in SCHUSTERS Fällen nur um den quantitativen Nachweis, um die Beantwortung der Frage, ob überhaupt Hg ausgeschieden werde, handelte, so schien es ihm überflüssig, nachdem dieser positive Nachweis durch die Harnuntersuchung schon geliefert war, noch den Kot zu untersuchen. Allerdings habe er nie so grofse Mengen erhalten, wie die von SCHUSTER vorgezeigten.

NEGA empfiehlt daher SCHUSTER das LUDWIG-FÜRBRINGERsche Verfahren in der von ihm selbst angewandten und von FÜRBRINGER selbst als zweckmäfsig anerkannten Modifikation, welche ebenso einfach und leicht ausführbar ist, dafs selbst jemand, der nicht die moderne Ausbildung in den Laboratorien genossen hat, sie mit Leichtigkeit erlernen kann, dann wäre SCHUSTER nicht genötigt, die Hilfe eines Chemikers in Anspruch zu nehmen und könnte die Analysen billiger haben.

Hr. BOCKHART teilt mit, dafs er mit dem FÜRBRINGERschen Verfahren für die Harnuntersuchung immer sehr gut ausgekommen sei.

Hr. SCHUSTER: Auf die an mich gestellte Anfrage des Hrn. NEGA, warum ich nicht selber die Harn- und Fäkalanalysen auf Quecksilber durchführe, erwidere ich, dafs der praktische Arzt dazu die Zeit und das Laboratorium nicht zur Verfügung hat. Auch halte ich es für die Sicherheit des Resultates für

weit zuverlässiger, die Analyse einem bewährten Chemiker von Fach zu überlassen. Ich bin dann der Resultate durchaus sicher.

Hr. Unna bestätigt die günstigen Resultate, welche bei Syphilis mit Quecksilberseife erzielt werden, eine Methode, welche derselbe bereits seit fast 2 Jahren übt. Er benutzt aber eine überfettete Kalisalbenseife.

Hr. Lang ist nicht persönlich erschienen. Das Autoreferat seines Vortrags lautet:

Ichthyosis mit bedeutender Verkürzung der Haut.

Die von mir beobachteten Fälle sind geeignet, den Übergang der kongenitalen Ichthyosis in die gewöhnliche zu vermitteln, also eine Lücke in den klinischen Bildern dieser beiden Krankheitsformen auszufüllen.

Es handelt sich hier um ein Geschwisterpaar, das ich auch photographieren liefs.

Die Eltern und Anverwandten waren stets gesund, und sind speziell Hautkrankheiten in der Familie nicht vorgekommen. Die Mutter zählt 29, der Vater 42 Jahre. Der Ehe entsprossen 2 Kinder, beide mit der uns beschäftigenden Krankheit behaftet.

Das ältere Kind, ein Mädchen, kam in der 39. Woche zur Welt und erschien vollkommen gesund. In der 3. Lebenswoche wurde die Haut starr, glänzend; in der 4. Woche bemerkte man Ausstülpung der Augenlieder. Das Kind, welches an der Mutter Brust ernährt worden war, konnte nach einem viertel Jahre nicht mehr saugen und mufste künstlich ernährt werden. Im weiteren Verlaufe bildeten sich bald da, bald dort Knoten, die aufbrachen und Eiter entleerten. Ein Jahr alt bekam das Kind eine Entzündung am linken Auge und wurde auf dieser Seite blind; in den letzten 8 Tagen hat sich an der rechten Cornea ein Geschwür ausgebildet. Die Haut war nach dem Bade ziemlich glatt, nahm aber alsbald ihr krankes Aussehen wieder an. — Als das $2^1/_4$ Jahr alte Kind meiner Klinik zugeführt wurde, fand ich dasselbe für sein Alter in der Entwickelung zurückgeblieben; es wog 8 k und mafs 68 cm; zu gehen war dasselbe noch nicht imstande. Die Haut bot insbesondere am Stamme und an den oberen Extremitäten einen Atlasglanz dar, dadurch veranlafst, dafs seidenpapierähnliche Epidermislamellen, welche mehrfach zerklüftet und eingerissen waren, als bald rundliche linsengrofse, bald längliche bohnengrofse oder noch gröfsere Schilder erschienen mit fest anhaftender Basis und meist abgehobenem Rande.

Die Epidermisfelder, bezw. die sie begrenzenden Einrisse, setzten sich zu Figuren zusammen, die an den Extremitäten meist zirkulär, am Stamme bald mehr schräge, bald mehr quer verliefen. Am Stamme machte die Cutis den Eindruck eines dünnen Pergamentblattes, das sich nur in steife Falten legen liefs; daselbst befanden sich 8 bohnen- bis fingerspitzgrofse, weifse, narbenartig veränderte Hautstellen, welche den früher erwähnten Abscedierungen entsprechen sollten. Während die Haut, die übrigens nirgends einen Panniculus adiposus aufwies, am Stamme ausreichend war, erschien sie an den Ellbogenbeugen zu kurz und führte an den Radiokarpalgelenken geradezu zu einer ringförmigen Einschnürung. Die Haut der Vola und der Volarfläche der Finger war beiderseits verkürzt, infolgedessen die in der Entwickelung zurückgebliebenen Finger in allen Gelenken gebeugt gehalten wurden; selbst wenn man eine Streckung in den Metacarpo-phalangealgelenken zu forzieren versuchte, erschien die Hohlhand infolge der Hautverkürzung sattelförmig gekrümmt, nämlich konkav in der Länge, konvex in der Queraxe. Die Finger waren offenbar durch die Retraktion der Haut zu kurz, die Nägel verkrümmt, hökerig, verschoben, verstümmelt (die Veränderungen waren auf der linken Seite mehr ausgeprägt als auf der rechten). In der Inguinal- und Kniekehlen-

gegend bestand ebenfalls Retraktion der Haut. An den unteren Extremitäten fand man phalangenbreite, hellbraune, glatte, quergestellte und einen grofsen Teil der Peripherie einnehmende Epidermisplatten, die sich bald leicht, bald nur sehr schwer ablösen liefsen und einige Ähnlichkeit mit einem Pergamentblatt oder einem dickeren Kautschukpapier hatten. Den eben geschilderten Epidermisplatten entsprechend erschienen die Unterschenkel und die Füfse, unmittelbar hinter den Zehen, und an der Fufswurzel, vor dem Sprungelenke, zirkulär eingeschnürt, während die zwischen den Epidermisbändern befindlichen Stellen hervorgequollen waren; diese Verhältnisse waren an den Füfsen besonders deutlich ausgeprägt; man erhielt den Eindruck, als wenn die Füfse durch Bindentouren seitlich zusammengedrückt worden wären, zwischen denen die nicht getroffenen Partien sich polsterartig hervordrängten.

Die Zehen liefen spitz zu, waren kurz, von steifer Epidermis bedeckt und machten den Eindruck von ganz geraden Stiften. Die Epidermis der Gesichtshaut war zu ähnlichen Schuppen und Platten umgewandelt, wie am übrigen Körper; aufserdem war die Haut der oberen Lider in hohem, der unteren in geringerem Mafse verkürzt, und die Conjunctiva nach aufsen gestülpt; das linke Auge phthisisch, das rechte ein Kornealgeschwür aufweisend. Die Ohrmuscheln waren in ihrem Höhendurchmesser verkürzt und in ihrem hinteren Anteile nach rückwärts verzogen, so dafs die Concha die Gestalt eines Dreieckes mit vorderer Basis und hinterer Spitze annahm; die Haut der Ohrmuschel schien an der hinteren Fläche zur Bedeckung des Hauptes herangezogen, indem die Concha hier (an der hinteren Fläche) nirgends frei vom Kopfe abstand; nur der Helix hob sich als schwacher Wall ab. Die Oberlippe war starr und sehr kurz, so dafs das obere Zahnfleisch blofs lag.

Das Kopfhaar war licht, dünn, gleichmäfsig über die Schädeldecken ausgebreitet; an einzelnen Stellen durch Epidermisschuppen und Sekret zu Büscheln verklebt; nach Entfernung der Schuppen kam eine glatte Haut zum Vorschein. Diese Partien wechselten mit andern, die mit lichten Borken bedeckt waren, in unregelmäfsiger Weise ab; unter den Borken schien die Haut zart gerötet und stellenweise erodiert; im ganzen nahmen die letzteren eine geringere Fläche der Kopfhaut ein, als die ersteren. An der Haargrenze, gegen die Stirne hin, befanden sich überdies stecknadelkopf- bis linsengrofse Blasen und Bläschen, die teils ein lichtes, teils ein milchweifses eiterartiges Fluidum enthielten; ähnliche matsche Pusteln von Linsengröfse waren da und dort im Gesichte zerstreut.

Aufser den erwähnten fanden sich an der Haut des Körpers nirgends andersgeartete Effloreszenzen; auch objektiv erkennbare Kratzeffekte waren nicht zu konstatieren, obwohl das entblöfste Kind der Juckempfindung nicht widerstehen konnte; der kratzende Finger hatte eben nur da und dort Schuppen losgewühlt. Mit Ausnahme des Mons veneris erschien keine Stelle der Haut vollkommen normal. In der Umgebung des Anus bildete die Haut radiär angeordnete, dicke Falten. Die Lymphdrüsen am Halse und in der Leiste waren weniger, die am Processus mastoideus merklich geschwollen. Das Kind atmete flach und frequent, der Unterleib war aufgetrieben. Auf einer Seite erblindet und auf der andren des Augenlichtes fast beraubt und infolge von Otorrhöe wenig hörend, lag es meist ruhig in seiner Wiege und zeigte keine Lust, sich zu erheben; dabei waren die Funktionen des Magens und Darmkanals normal. Beim Untersuchen des Kindes sowie bei jedem andren Versuche, sich mit demselben zu beschäftigen, benahm es sich sehr unruhig und schrie und wehrte sich mit Händen und Füfsen. — Das Kind wurde täglich zwei mal gebadet, nach dem Bade mit Oleum Olivarum gesalbt; dabei bemerkte man den Schweifs in grofsen Tropfen hervorbrechen und die Epidermislamellen sich loslösen. Die Behandlung schien gute Wirkung zu haben, die Haut wurde geschmeidig. Die einschnürenden, inniger anhaftenden Epidermishäutchen wurden überdies mit Emplastrum diachyli simplex bedeckt, worauf sie sich leichter abheben liefsen

und die Cutis hervortreten machten. In der vierten Behandlungswoche jedoch fing das Kind an, jede Nahrungsaufnahme zu verweigern, es stellte sich Erbrechen ein, der Puls war frequent, über den Lungen hörte man Rasseln; Konvulsionen bestanden nicht. Das Kind verfiel zusehends und starb nach wenigen Tagen. — Die anatomische Diagnose lautet: Ichthyosis, Rhachitis, Atrophia bulbi sinistris et nervi optici sinistri, Hypertrophia cordis; Hydrothorax, Hydropericardium, Hydrops ascites, Bronchitis.

Das jüngere Kind, ein Knabe im Alter von einem Jahre, wurde in der 40. Woche geboren und soll die ersten Veränderungen der Haut beiläufig im 2. Lebensmonate gezeigt haben. Auch dieses Kind wurde von der Mutter gestillt; die Saugfähigkeit verschlechterte sich jedoch mit zunehmender Krankheit immer mehr; im Alter von 6 Monaten mufste die künstliche Fütterung Platz greifen. Bei der Aufnahme war das Kind 6,40 kg schwer und 60 cm lang.

Es bot im grofsen und ganzen denselben Krankheitscharakter der Haut dar, wie sein älteres Schwesterchen, nur war die Kopfhaut mit dicken Krustenauflagerungen bedeckt, die an einzelnen Stellen rissig auseinanderwichen; an der Stirn erschien die Haut zwischen beiden Höckern verkürzt und verdünnt, während die Haut unterhalb dieser Stelle, bis zum Nasenrücken herab, hervorquoll. Das Gesicht sowie überhaupt die ganze Haut war intensiver erkrankt, als bei dem älteren Kinde; die Oberlippe war zwar etwas weniger verkürzt, doch war der Mund nicht spaltförmig, sondern rundlich. Von den Augenlidern waren die unteren mehr retrahiert als die oberen, die Conjunctiva beiderseits nach aufsen gestülpt; beim Schlafe waren die Bulbi nicht gedeckt. An der Ohrmuschel wies dieses Kind zwar mächtigere Epidermisauflagerungen auf, doch war die Retraktion der Haut der Ohrmuschel in einem geringeren Grade vorhanden; auf der rechten Seite bestand Otorrhöe. Auch an andern Stellen des Körpers bemerkte man, dafs die Epidermis zu mächtigen, dann aber auch dunkel gefärbten Panzern, wie beispielsweise am Oberarm, aufgeschichtet war, wodurch die Haut ein baumrindenartiges Aussehen annahm. In der Leistenbeuge war ein normales Hautstückchen; Mons veneris war erkrankt, das Scrotum erschien gesund, nicht aber die Haut des Penis. In der Kniekehle und in der Leistenbeuge bestanden Verkürzungen, wenngleich die Haut an letzterem Orte nicht schuppte und fast normal erschien. Die einschnürenden Epidermisblätter waren an den Unterschenkeln dieses Kindes stärker ausgeprägt, demgemäfs quoll auch die Cutis nach Abheben der verhornten Lamellen mehr hervor. Auch die Einschnürungen an den Füfsen und die Verkürzungen der Haut in den Hohlhänden und an der Beugeseite der Finger waren in gleicher Weise vorhanden, hingegen fehlte die verkürzende Einschnürung am Radio-Karpal-Gelenke. Die Haut circa anum war ähnlich verändert, wie bei dem älteren Kinde, nur dafs die Falten nicht so dick erschienen. Im übrigen glich die Haut dieses Kindes genau der allgemeinen Decke seines Schwesterchens. — Es wurde die gleiche Behandlung eingeleitet, welche auf die Haut gut einzuwirken schien; in der dritten Woche konnte das Kind bereits mit geschlossenen Augen schlafen. Nach einem circa fünfwöchentlichen Spitalaufenthalte nahm man das Kind nach Hause, woselbst es nach zwei Monaten starb.

---

4. Sitzung.

Vorsitzender: Herr Lipp.

Hr. Doutrelepont:

Über Bacillen bei Syphilis.

Am 22. Novbr. 1884 (*Wiener med. Wochenschr.* Nr. 47) erschien zuerst eine vorläufige Mitteilung von S. Lustgarten über den Befund von Bacillen in zwei syphilitischen Initialsklerosen und einem Gummaknoten. Da meine seit

langer Zeit angestellten Untersuchungen zu einem ähnlichen Befund geführt hatten, teilte ich es in der Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn am 15. Dezember 1884 mit. Im April dieses Jahres demonstrierte L. die Bacillen im Kongrefs für innere Medizin und veröffentlichte sein Tinktionsverfahren und die Ergebnisse seiner Untersuchungen in den *Medizinischen Jahrbüchern der k. k. Ges. der Ärzte*, in der *Wiener mediz. Wochenschrift* und den Verhandlungen des Kongresses. Die Resultate unsrer Untersuchungen wurden in der *Deutschen med. Wochenschrift.* 1885. Nr. 19 und neuerdings in einem Referate eines Vortrags mit Demonstration, den ich in der niederrheinischen Ges. für Natur- und Heilkunde vom 20. Juli d. J. gehalten, veröffentlicht.

Lustgarten hat in Schnittpräparaten von zwei Sklerosen, einer Lymphdrüse, drei papulösen Effloreszenzen und vier Produkten des gummösen Stadiums die Gegenwart der Bacillen nachgewiesen und teilt weiter mit, dafs die Herren Fürth und Mannaberg seine Erfahrungen bestätigen, indem sie in einer rezenten Sklerose und in einem papulösen Infiltrate eines kleinen Labiums die Bacillen fanden.

Meine Untersuchungen erstrecken sich bis jetzt auf 9 Sklerosen (8 des Praeputium, 1 der grofsen Schamlippe), auf 1 breiten Kondylom der grofsen Schamlippe, einen Kondylom des Afters, auf 5 Papeln (je eine vom Kopfe, Kinn, Brust, Hodensack, der inneren Fläche des Oberschenkels), auf 1 Gumma.

Die neue Methode, die Lustgarten angab, ist bekannt; ebenso ist die Färbungsmethode, die ich zuerst mit positivem Resultate anwandte, veröffentlicht, so dafs ich auf die Einzelheiten hier nicht eingehen will, ebensowenig auf die Eigenschaften dieser Bacillen, welche am meisten den Tuberkel- und Leprabacillen gleichen.

Die Zahl derselben in den Geweben ist nach meinen Untersuchungen verhältnismäfsig nur eine geringe; sie kommen einzeln oder in Gruppen bis zu acht und mehr, in Zellen eingeschlossen, aber auch frei vor. Fürth und Mannaberg haben in einer rezenten Sklerose reichliche Mengen von Bacillen in Form von Nestern gefunden, so dafs hunderte von Bacillen enthaltende Schnitte mit bacillenfreien abwechselten. Auch Lustarten bildet eine grofse Gruppe von mit Bacillen erfüllten Zellen im Bindegewebe unmittelbar unterhalb einer Sklerose ab. So zahlreich wiesen meine Untersuchungen sie nicht nach, trotzdem ich seit dem Bekanntwerden des Lustgartenschen Tinktionsverfahrens diese Methode sehr häufig angewendet habe.

Auch Sekrete der syphilitischen Produkte habe ich auf die Gegenwart von Bacillen untersucht, aber nur in geringer Zahl, weil ich die Resultate solcher Untersuchungen doch nicht so beweisend, als die der Gewebsuntersuchungen halten konnte.

Lustgarten hat die Sekrete von drei Sklerosen und nässenden Papeln, Fürth und Mannaberg in zehn Fällen von Syphilis die Sekrete mit positivem Erfolge untersucht. Die Gegenwart der Bacillen im Sekrete von plaques muqueuses des Gaumens, von ausgedehnten breiten Kondylomen der grofsen Schamlippe und von ähnlichen Wucherungen des Skrotums und im Sekrete eines ulcus induratum der Oberlippe habe ich nach der Lustgartenschen Methode, aber nur in einem Fall von Papeln des Skrotums sehr zahlreich, sonst nur in geringer Zahl nachgewiesen; nach der Methode, mit deren Hilfe ich die Bacillen zuerst in den Geweben gefunden hatte, habe ich die Bacillen in Sekreten, auch in einem Falle, wo sie durch die Lustgartensche Methode so zahlreich wie in bacillenreichem Sputum der Tuberkulose sich fanden, nicht nachweisen können, einige sah man zwar, aber nicht gefärbt oder durch Saffranin mehr weniger gefärbt; die meisten waren nicht sichtbar.

Diese Bacillen im Sekrete, welche nach der Lustgartenschen Methode sich ganz wie die Bacillen in den Geweben verhielten, mufsten bis jüngst als identisch mit letzteren angesehen werden, und man mufste sich, da sie im

Sekrete so zahlreich, in den Geweben aber verhältnismäfsig nur in sehr geringer Zahl vorkommen, denken, dafs sie sich in den Sekreten als günstigerem Nährboden sehr vermehrten.

Diese Ansicht, sowie die Schlufsfolgerung, die man aus der Gegenwart der betreffenden Bacillen in Sekreten und vielleicht auch in Geweben bis jetzt gemacht hat, haben in jüngster Zeit, wie es scheint, einen sehr harten Stofs erhalten. Cornil teilte in der Académie de médecine am 4. August d. J. mit, dafs Alvarez und Tavel im Smegma des Präputiums und in den Sekreten der Schleimhäute der äufseren Geschlechtsorgane Bacillen gefunden hätten, die bis jetzt nicht beschrieben und die in ihrer Form, Gröfse und ihren Farbenreaktionen identisch seien mit den von Lustgarten beschriebenen. (*Gaz. des Hospitaux.* 1885. No. 90.).

Ich mufs diese Untersuchungen insoweit wenigstens bestätigen, als ich im Smegma praeputii eines vollständig gesunden Mannes und im Sekrete, welches zwischen der grofsen und kleinen Schamlippe eines nicht syphilitischen Mädchens entnommen war, im ersten Falle sehr zahlreich, im andren in geringer Zahl Bacillen gefunden habe, welche in der Form und Gröfse den im Sekrete der syphilitischen Produkte gefundenen, sowie den Tuberkel- und Leprabacillen gleichen. Sie können nach der Lustgartenschen Färbungsmethode sehr gut nachgewiesen werden, bleiben auch nach länger fortgesetzter Entfärbung schön blau gefärbt; von den Tuberkel- und Leprabacillen jedoch unterscheiden sie sich dadurch, dafs sie durch Salpetersäure und Alkohol nach Ehrlich vollständig entfärbt werden. Auch nach der Methode, nach welcher ich die Bacillen in den Schnitten beobachten konnte, ist es mir bis jetzt nicht gelungen, die Bacillen des Smegma zu färben und zur Anschauung zu bringen.

Rekapitulieren wir kurz:

Man findet in allen Stadien der Syphilis in ihren Produkten an allen Körpergegenden Bacillen, welche der Form und Gröfse nach den Tuberkel- und Leprabacillen sehr ähnlich sind, die jedoch nach der gewöhnlichen Methode der Färbung dieser sich nicht färben lassen; bis vor kurzem konnten sie als spezifische, der Syphilis allein zukommende angesehen werden. Wegen ihres konstanten Vorkommens, wegen der Ähnlichkeit, welche sie mit dem Lepra- und Tuberkelbacillen zeigen, und in anbetracht der Analogie, welche diese Erkrankungen mit der Syphilis aufweisen, konnten diese Bacillen wohl mit grofser Wahrscheinlichkeit als die Träger des syphilitischen Giftes angesehen werden.

Die Entdeckung der von jenen bis jetzt wenigstens nicht sicher zu unterscheidenden Bacillen (auf den Unterschied bei meinem Färbungsverfahren kann ich vorläufig nicht viel Gewicht legen) in normalem Sekrete an den Schleimhäuten der äufseren Geschlechtsteile nimmt den Bacillen bei Syphilis die Spezifizität. Jedenfalls dürfen die Bacillen im Sekrete, welche mit dem Lustgartenschen Verfahren dargestellt sind, vorläufig nicht mehr mit der Syphilis zusammenhängend angesehen werden. Züchtungen und Reinkulturen, welche bis jetzt nicht gelungen sind, können noch Unterschiede nachweisen. Diese sowie Inokulationen müssen zuletzt die Sache klären und endlich zur Erkenntnis der Wahrheit führen.

Anschliefsend an den Vortrag demonstriert Hr. Doutrelepont die Bacillen in verschiedenen Präparaten von syphilitischen Gewebsteilen, als da sind Gummata, Initialsklerosen, Papeln, ferner Bacillen im Blute sowie im Sekret von nässenden Papeln und zuletzt die Bacillen des Smegma praeputii.

Diskussion. — Hr. Lichtheim (Bern) referiert über Beobachtungen seines Assistenten Hrn. de Giacomi, welcher die von Alvarez und Tavel gefundenen Bacillen oder mindestens sehr ähnliche bereits früher im Scheidensekret gesunder Frauen nachgewiesen hat. Dieselben unterscheiden sich von

den Syphilisbacillen durch ihre gröfsere Beständigkeit gegen Mineralsäuren, von den Tuberkelbacillen durch ihre grofse Empfindlichkeit gegen Alkohol.

Schliefslich glaubt er mit Bezug auf den Lustgartenschen Befund der Bacillen im Gewebe, dafs die bisher von andern erhobenen Einwände mehr die Methode als die Thatsache selbst betreffen.

Hr. Neisser schliefst sich Hrn. Lichtheim bezüglich seiner Auffassung der von Tavel gegen Lustgarten erhobenen Einwände vollständig an; das Auffinden in den Schnitten sei das wesentliche. — Er hat selbst über die Entfärbung der Syphilisbacillen durch Salpetersäure keine Erfahrung, aber über Schwefelsäure: sobald z. B. die schweflige Säurelösung längere Zeit aufbewahrt sei, sei sie wegen der sich bildenden Schwefelsäure unbrauchbar. — Auffallend sei es schliefslich doch, dafs pathologische Eiterungen (Ulcus molle etc.) keine Lustgartenschen Bacillen enthielten und syphilitische Sekrete regelmäfsig.

Hr. Finger (Wien) betont zunächst, dafs die Bacillen Lustgartens gegen Schwefelsäure sehr empfindlich sind, der geringste Zusatz von Schwefelsäure zur schwefligen Säure die Bacillen entfärbt. Ferner möchte F. einen Einwand erheben, den er schon Lustgarten gegenüber erhoben hat. Die Bacillen Lustgartens finden sich sowohl in Sekreten als in Schnitten der Produkte aller drei Perioden, und die gleiche chemische Reaktion, die gleiche morphologische Beschaffenheit berechtigt uns nicht Differenzen anzunehmen.

Nun sind die Produkte der primären und sekundären Periode übertragbar, die der tertiären Periode nicht, wie sich F. selbst durch Impfungen, die er mit gummösem Eiter an 10 gesunden Individuen vornahm und die stets negative Erfolge gaben, überzeugte. F. glaubt daher als aprioristisches Postulat jedes Syphilisbacillus aufstellen zu sollen, dafs derselbe in Sekreten und Schnitten der Primär- und Sekundärprodukte sich in grofser, in Sekreten und Schnitten der Tertiärperiode in kleiner Zahl oder nicht vorfinden solle.

Hr. Neisser fragt, ob die Gummapräparate nicht sehr alte und schlecht konservierte Präparate waren, da solche alte Alkoholpräparate häufig Gebilde enthalten, welche schwer von den in Rede stehenden Bacillen zu trennen seien.

Hr. Finger antwortet, dafs, wie es ihm bekannt, auch frische gummöse Produkte untersucht wurden.

Hr. Unna:

Über Sphacelinsäure bei Rosacea.

Die Abeit von Kobert: „Über die Bestandteile und Wirkungen des Mutterkorns" regten Unna zu Versuchen mit der von Kobert zuerst dargestellten Sphacelinsäure an, welche nach den Tierversuchen des Autors zu schliefsen das gangränerzeugende Agens des Mutterkorns ist. In 5 — 10 % Salben gab ein an Sphacelinsäure reiches Extrakt sehr befriedigenden Erfolg bei reiner, inkomplizierter Rosacea. Wo diese sekundär zu Follikulitiden geführt hat oder sich selbst erst sekundär an Akne anschliefst, ist das Resultat weit weniger befriedigend. Übrigens ist ein anämisierender Einfluſs obiger Salben auf andre, konkomittierende Angiektasien (Lupus, Narben, Naevi etc.. unverkennbar. Die Wirkung ist eine schmerzlose. Unna bediente sich teils des auf Koberts Veranlassung von Gehe & Co. (Dresden) in den Handel gebrachten Extr. sec. cornuti cornutino-sphacelinicum, teils eines sehr wirksamen, von Hrn. Mielck (Hamburg) nach einer etwas abweichenden Methode dargestellten, sphacelinsäurehaltigen Extraktes. Unna will mit dieser vorläufigen Mitteilung angeregt haben, dafs bei Gelegenheit der nächsten Mutterkornernte die jetzt aus Mangel an Material unterbrochenen Versuche mit Sphacelinsäure von mehreren Fachgenossen aufgenommen werden möchten.

Hr. Wolff:

Über ein neues Jodpräparat.

Das neue Präparat, das „Jodol", ist von Herrn Ciamician und Dennstedt bekannt gemacht worden (*Berichte der deutsch. Chem. Gesellschaft.* 1883). Es entsteht bei der Einwirkung von Jod, im Vorhandensein von Kali causticum auf das Pyrol C_4H_5N. Seine chemische Zusammensetzung entspricht der Formel C_4J_4NH. Der Körper besitzt die Eigenschaft einer schwachen Säure und kann in dieser Beziehung den Phenolen verglichen werden. Es ist im Handel noch nicht vorhanden, kann aber nach Angabe von Hrn. E. Hepp zu ca. den gleichen Preisen wie das Jodoform nach seiner Präparationsmethode geliefert werden.

Die Muster, welche uns zur Verfügung gestellt wurden, zeigen folgende physikalische und chemische Eigenschaften: graubraunes Pulver (reineres Jodol wird um so weifser), amorph, unlöslich in Wasser, wenig löslich in Alkohol, löslich dagegen in warmem Spiritus, Äther und Acidum aceticum. Das Präparat wird durch die Einwirkung des Lichtes langsam zersetzt, ist stabil bei einer Temperatur von 100° C., zersetzt sich ohne zu schmelzen bei 140° — 150° C. Schwefelsäure zersetzt das Präparat nur sehr langsam, oder auch rasch beim Erhitzen, unter Ausscheidung von freiem Jod.

Löslich ist das Präparat in einer alkoholischen Natronlösung, welche durch leichte Säuren (CO_2) gefällt wird, wenn Wasser, das die alkoholische Sodalösung nicht fällt, hinzugefügt wird. Das Präparat enthält 89% Jod und ist vollständig geruchlos.

Aufserdem wurde die leichte Löslichkeit des Jodols in Öl von uns konstatiert, und wurde zu physiologischen Experimenten speziell diese Lösung versucht. Hier müssen wir das Bedauern aussprechen, dafs das uns gelieferte Präparat aufging, und dafs diese Studie nur den Wert einer vorläufigen Mitteilung besitzt, die wir später vervollständigen werden.

Therapeutisch wurde dieses Präparat schon von Hrn. F. Mazzoni in Rom auf der chirurgischen Klinik geprüft; es liefert uns aber seine Arbeit nur wenig Bestimmtes. (Folgt der Bericht von Hrn. Mazzoni.)

Von mir wurde ein Teil des Präparats, da wir gerade eine Anzahl von Ulcera mollia in der Abteilung zur Verfügung hatten, zuerst zu diesem Zwecke verbraucht. Es hat sich dabei herausgestellt, dafs das Präparat, ebensowenig wie Jodoform, eine rasche modifizierende Wirkung auf die Geschwüre äufserte, dagegen die gleichen Eigenschaften zeigte nach Modifikation der Geschwüre durch reine Salicylsäure.

Ferner wurden Versuche an Tieren (Kaninchen) durch Einspritzung von öligen Lösungen (10%) gemacht.

Konstatiert wurde bis jetzt nur, dafs diese Einspritzungen ohne die geringste lokale Reaktion verliefen, und dafs sich Jod im Urin wieder nachweisen liefs. Innerlich dargereichte Quantitäten bis 0,16 pro Tag zeigten nicht die geringste den Darmtraktus reizende Eigenschaften.

Über den eigentlichen Wert der antiseptischen und die dem Jod zukommenden spezifischen Wirkungen des Präparats werden wir uns nur aussprechen können, wenn unsre Versuche zu einer gröfseren Anzahl von Beobachtungen gelangen.

Hr. Wolff:

Über das Verhältnis der Lues und der venerischen Krankheiten in Strafsburg.

Die Frage, ob die Syphilis ab oder zugenommen hat seit ihrem Auftreten in Europa, läfst sich schwer lösen. Es würde dazu eine regelmäfsig geführte Statistik notwendig sein, die leider fehlt, und bis jetzt hat man nur ganz ober-

flächliche Ansichten darüber ausgesprochen. Die Intensität der Krankheit hat, soviel ist absolut sichergestellt, sehr abgenommen[1], wie es sich aber mit deren Verbreitung verhält, ist jedenfalls schwerer zu sagen. Dokumente, welche hier zur Lösung dieser Frage noch von mir gefunden worden sind, sind nur spärlich vorhanden; wir haben sie in der hygieinischen Topographie, welche als Festschrift zur 58. Naturforscherversammlung herausgegeben worden ist, schon besprochen, ich werde daher nur trockene Zahlen hier aufführen. Die Angaben, die wir gefunden haben, lassen sich in vier Perioden teilen. Eine erste (prähistorische, was die Lues anbelangt, möchte ich sagen) gibt nur grosso modo Gesamtzahlen an. Die zweite liefert nur Zahlen über die Mitte des 16. Jahrhunderts und den Anfang des 17. Die dritte betrifft die Mitte des jetzigen Jahrhunderts und die vierte die moderne Zeit bis 1884.

Was die früheste Zeit anbelangt, so wurden im ersten Jahr des Ausbruches der Lues, 1495, 100 Personen behandelt, im zweiten, 1496, schon 600. Dazu mufs bemerkt werden, dafs nicht die Stadt allein diese hohe Anzahl Patienten lieferte, sondern auch die Umgegend und weitergelegene Länder. Von der Mortalität wird nur gesagt, dafs viele Patienten zu Grunde gingen.

1544 wurden 118 Patienten behandelt, in dem zum Zwecke der Behandlung Syphilitischer errichteten Blatternhaus.

Aus dieser Zahl und aus den folgenden darf nicht geschlossen werden, dafs sich damals schon eine Abnahme der Erkrankungen bemerkbar machte. Es war nämlich, wie wir dies in oben citiertem Werke angegeben haben, das Blatternhaus nicht die einzige Pflegeanstalt, sondern wurden die Luetischen noch in wenigstens 6 andern Spitälern untergebracht.

(Das Blatternhaus für sich hatte 24 Betten, wie aus dem Inventar im Jahre der Aufhebung dieses Spitals hervorgeht.)

Von 1568 bis 1578 schwankte die Zahl der Patienten zwischen 100 und 200, die Durchschnittszahl der Zusammenrechnung ergibt 178 Patienten per Jahrgang mit einer Mortalität von 13%!

Am Anfang des 17. Jahrhunderts, von 1603 bis 1614, wurden durchschnittlich 339 Patienten per Jahr in diese Anstalt aufgenommen.

Die Mortalität für diese Periode sinkt auf 3,73%, aber die Zahl der Erkrankungen steigt auf das doppelte.

Die Zahlen, die aus den Jahren 1846—53 stammen, können uns richtigere Angaben liefern, obwohl sie nur aus dem Sommersemester dieser Jahrgänge herrühren. Es beläuft sich die Ziffer der Syphilitischen durchschnittlich auf 213 per Jahrgang. In dieser Zeit gab es nur eine Anstalt, welche Syphilitische in Verpflegung nahm, sämtliche wurden im Bürgerspital seit 1771 behandelt.

Schliefslich, in der 4. Periode, von 1874—84 finden wir, dafs durchschnittlich in einem Jahr 128 Syphilitische in Behandlung kamen.

Das Verhältnis der syphilitischen Erkrankungen zu den venerischen läfst sich nur in den zwei letzten Zeitperioden bestimmen. In der dritten war die Zahl der Venerischen 3475, die der Luetischen 852, d. h. ca. ein viertel.

In der letzten finden wir auf 9158 venerische Kranke nur 1403 Syphilitische, d. h. ca. ein sechstel. Also eine nur relative Abnahme, da die Zahl der ven. Erkrankungen überhaupt zugenommen hat.

Ganz anders gestaltet sich aber das Bild, wenn wir Rücksicht auf die Population nehmen, die regelmäfsig als eine zunehmende zu betrachten ist. Berechnen wir die Prozentsätze der Luetischen und stellen wir diese der Bevölkerungszahl gegenüber, so finden wir, dafs in der I. Periode mit einer Population von 30000 Einwohnern die Höhe der Erkrankungen auf 6‰ steht.

---

[1] Frühere Beschreibungen der Krankheit.

In der II. ca. die gleiche Bevölkerung.... 11,3‰
„ III. mit 65000 Einwohner ..... 3,3‰
„ IV. mit 96000 ..... 1,2‰

Die Prozentsätze der Garnison sind nur für die IV. Periode nachweisbar und wurden in dieser angegebenen Zeit 3633 venerische Kranke im Militärlazarett aufgenommen. Auf diese 3633 Patienten sind 1035 Syphilitische oder 115 für ein Jahr gekommen, oder 12,8‰=1,28%. Das Verhältnis der Syphilitischen zu den Venerischen ergibt ca. 1 drittel.

Es wäre dies die richtige Proportion, wenn wir berücksichtigen, dafs die Aufzählung der Militärkranken die einzig richtige Angabe über die Zahl der Erkrankungen liefert, weil diese zwangsweise das Spital aufsuchen müssen; und würde in diesem Sinne der Prozentsatz der Erkrankungen in der Zivilbevölkerung circa zehn mal höher zu stehen kommen. Betrachten wir aber anderseits, dafs die Frauen ebenfalls zwangsweise zum Spital geführt werden, so finden wir hier auch wieder auf 7125 venerische Erkrankungen nur 931 syphilitische oder 1 sechstel.

Die relativ hohe Zahl der syphilitischen Soldaten, gegenüber den gleichen Erkrankungen der in gleichen Bedingungen sich befindenden weiblichen Patienten gestellt, läfst sich durch den Umstand, glaube ich, erklären, dafs teilweise schon angesteckte Rekruten hier ankommen[2], und auch dadurch, dafs der geschlechtliche Verkehr bei einer jungen männlichen Population von Leuten, die zwischen 20 und 25 Jahren stehen, ein regerer ist, als in der Zivilpopulation, wo auch verheiratete, Greise etc. ausfallen. Immerhin ist die Zahl der luetischen Erkrankungen von 1,2% als eine ganz günstige zu betrachten, besonders weil die Recidive inbegriffen sind.

Wir können daher aus den soeben gelieferten Bemerkungen den Schlufs ziehen dafs, wenn sich die absolute Zahl der venerischen Erkrankungen in den letzten Zeiten als eine zunehmende gezeigt hat, die relative Zahl der luetischen stetig in Abnahme begriffen ist.

Nun möchte ich noch einige Worte hinzufügen über die Ursache, welcher wir diese Abnahme zu verdanken haben. Ich habe hier an dieser Tabelle die Kurve aufgezeichnet, welche uns die Frequenz der venerischen Erkrankungen seit 1800 bis 1884 wiedergibt. Es sind da grofse Schwankungen bemerkbar.

Die Zunahme der Patienten trifft jedesmal mit den gegen die Prostitution gerichteten Gesetzen zusammen. In den Fällen, in welchen die Mafsregeln energisch waren und auch die Repression der geheimen Prostitution im Auge hatten, steigt die Summe der Erkrankungen, sowie die Summe der weiblichen Patienten, während die Zahl der männlichen abnimmt. Besonders hervorzuheben ist die Kurve, welche die Erkrankungen der Garnison wiedergibt, und die am niedrigsten steht in den Jahrgängen, in welchen die der aufgegriffenen Frauen am höchsten zu stehen kommt. Die Kurve liefert uns den Beweis, dafs die ersten Versuche der Regelung der Prostitution in den Jahren 1815 und 1818 absolut ohne den geringsten Erfolg blieben. Es wurden nämlich damals nur die öffentlichen Dirnen 1 mal monatlich untersucht, die Winkeldirnen nicht aufgegriffen. Die Zahlen der männlichen und weiblichen Patienten blieben daher in der gleichen Frequenz vorhanden und ihre Schwankungen verhalten sich für diese Zeiten vollständig parallel.

1839—1840 wird eine neue Ordnung eingeführt, welche etwas eingehender ist, es beginnt in dieser Periode die Zahl der Weiber etwas anzuwachsen, die Männerzahl sinkt noch nicht. Erst als 1852—55 die Reglementierung vollständig neu eingerichtet, zentralisiert, und energisch gehandhabt wird, zeigen sich die günstigsten Schwankungen, welche wir jedesmal konstatieren, wenn eine zweckmäfsige Anwendung der existierenden „Reglements“ geschieht.

---

[2] Siehe Topographie von Strafsburg 1886 l. c.

Besonders bemerkenswert ist dieses Resultat in den letzten Jahren, wo mit aller Strenge gegen die geheime Prostitution gekämpft wird.

Diskussion. — Hr. Neisser fragt in welchem Verhältnis die Syphilis zum weichen Schanker steht.

Hr. Wolff sagt, dafs die ulc. moll. seit der Repression der geheimen Prostitution ganz bedeutend abgenommen im Vergleich zur Syphilis.

Hrn. Neisser und Lipp können diese Thatsache nach ihren Erfahrungen bestätigen, Hr. Lipp konstatiert die gleichzeitige Zunahme der Syphilis.

Hr. Finger: Auch in Wien hat die Zahl der weichen Schanker abgenommen. Noch mehr aber hat die Zahl der Bubonen abgenommen. Seit den letzten 6 Jahren ist an der 1. Klinik für Syphilis die Zahl derselben von 35% auf 17% gesunken, was damit zusammenhängt, dafs die Patienten frühzeitiger, mit frischeren, weniger vernachlässigten Geschwüren in Behandlung kommen. Hr. Finger bemerkt, dafs in Wien zuweilen die Zahl der weichen Geschwüre bei Männern sehr grofs ist im Vergleich zu den bei Frauen.

Hr. Wolff erwidert, dafs die Erklärung dieser Thatsache wohl darin zu suchen ist, dafs eine Frau viel mehr Männer ansteckt, als ein Mann Frauen.

Hr. Lipp als Vorsitzender ergreift das Wort und sagt:

Da keine Vorträge mehr angemeldet sind, und der Nachmittag zum Besuche des Bürgerhospitals bestimmt ist, so schliefsen wir hiermit unsre Sektions-Versammlungen. Ich kann aber diese Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, ohne nochmals von der Stelle des Vorsitzenden auf die erfreuliche Thatsache hinzuweisen, dafs es den Dermatologenin Strafsburg endlich gegönnt war, ihre Arbeiten und Aufgaben durch Bildung einer eignen Sektion zu fördern.

Wir geben uns der Hoffnung hin, dafs unsre Vereinigung den Platz, welchen sie hier errungen, auch fürderhin in den Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte behaupten werde. Schon öfter und besonders bei Gelegenheit des internationalen Kongresses in Kopenhagen im vorigen Jahre, wo ebenfalls eine eigne Sektion für Dermatologie und Syphilidologie tagte, gab sich unter den Fachgenossen Deutschlands und Deutsch-Österreichs der lebhafte Wunsch kund, ihre selbständigere Organisation auch auf den jährlich stattfindenden Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte verwirklicht zu sehen. Wir können heute mit Befriedigung konstatieren, dafs unsre Sektion ihre Existenzberechtigung gezeigt hat.

Vorträge, Diskussionen und zahlreiche Demonstrationen fanden unter den Mitgliedern der eignen und andrer Sektionen sehr rege Teilnahme, und es kann nicht angezweifelt werden, dafs die bei der Sektionsbildung gehegten Erwartungen vollständig erfüllt worden sind. Es ist uns allen klar, dafs wir dieses erfreuliche Resultat wesentlich unserm Sektionsführer, dem verehrten Hrn. Wolff, verdanken. Ihm gebührt das Verdienst.

Ich gebe nur der allgemeinen Stimmung Ausdruck, wenn ich Hrn. Wolff für seine kollegiale Gesinnung und Mühewaltung, sowie für sein liebenswürdiges Entgegenkommen unsern verbindlichsten und wärmsten Dank ausspreche. (Allseitiger Beifall!)

Mit diesen Gefühlen scheiden wir von hier und rufe ich Ihnen, verehrte Kollegen, zu: Auf fröhliches Wiedersehen in Berlin!

Referate.

Therapeutische Notizen aus Dr. Letzels Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis. (*Allg. med. Central-Ztg.* 54. Jahrg. No. 66.)

1. Zur Resorcinbehandlung der Gonorrhöe.

Verfasser hat nach den Empfehlungen von Anderer und Munnich das Resorcin bei 56 Gonorrhöen angewandt und zwar bei 33 akuten Urethritides anteriores, deren älteste 8 Tage bestand, bei 23 chronischen Urethr. anter., deren jüngste 2 Monate, die älteste aber 5 Monate bestand. In 7 von diesen 56 Fällen wurden 3% Resorcininjektionen nicht gut vertragen, schmerzten stark, in 2 Fällen entstand schmerzhafter Priapismus, und in einem Falle schienen sie geradezu das Übergreifen des gonorrhoischen Prozesses auf den Blasenhals provoziert zu haben. In allen übrigen 49 Fällen war jedoch nicht eine Spur von Reizung zu bemerken. Deshalb wandte Verfasser zuerst eine 2½%ige Resorcinlösung an und ging dann erst zu einer 3%igen über. Einzelne Individuen mit lang dauernder chronischer Gonorrhöe ertrugen auch eine 4%ige Lösung ohne Beschwerden.

Sehr wesentlich hängt der Erfolg auch vom Präparat ab; gutes, chemisch reines Resorcin ist schneeweifs und löst sich ganz klar in destiliertem Wasser; verfärbtes, gebräuntes, zersetztes Resorcin reizt in allen Fällen die Harnröhrenschleimhaut. Das Resorcin mufs in luftdichten Gefäfsen aufbewahrt werden, da es sich an der Luft langsam verfärbt resp. zersetzt; eine solche Verfärbung tritt bei Anwesenheit von Ammoniak noch schneller ein. Ratsam ist es daher, nicht mehr als 100 g Lösung und in schwarzen Gläsern zu verschreiben wegen der bei Tageslicht eintretenden Verfärbung. Bei 16 akuten Gonorrhöen betrug die Gesamtbehandlungsdauer 198 Tage, Durchschnittsdauer 12 Tage; 2 Fälle gingen in das chronische Stadium über. 10 chronische Fälle heilten in 14 bis 32 Tagen. Verf. ist der Ansicht, dafs die Resorcinbehandlung bei der Gonorrhöe einen eminenten Fortschritt vor allen andern Behandlungsarten bedeute, wenn nur die gegebenen Vorschriften präzis inne gehalten werden.

Berlin. L. Hoffmann.

Dr. Krönig veröffentlicht im X. Jahrgang der *Charité-Annalen* einen Fall von **Urticaria factitia**, um einen neuen Beitrag zur Lehre von den Gefäfsneurosen, die noch ziemlich unklar und verwirrt erscheinen, zu liefern. Der Fall betraf einen nervös belasteten und auch dem Alkohol etwas ergebenen Patienten von 42 Jahren. Derselbe kam mit Symptomen einer gewöhnlichen Intermittens in die Charité und acquirierte nach Ablauf der durch Chinin beseitigten Fiebererscheinungen ein Urticariaexanthem, welches abends unter Schüttelfrost und leichten Temperaturerhöhungen eintrat, am nächsten Morgen — abgesehen von den Spuren nächtlicher Kratzeffekte — vollkommen verschwunden war und nunmehr gleichwohl durch Drücken und Streichen der Haut aufs neue zur Erscheinung gebracht werden konnte. Es ergab sich dabei das merkwürdige Faktum, dafs die Intensität, mit welcher der Spontanausbruch erfolgte, bei weitem nicht der des durch mechanische Reizung hervorgerufenen Exanthems gleichkam. Als greifbares ätiologisches Moment imponierte, da sonst keine typischen Schädlichkeiten zu ermitteln waren, der länger fortgesetzte Gebrauch des Chin. sulf., dessen sofortige Aussetzung indessen nicht eine entsprechende Abnahme der Erscheinungen erkennen liefs. Zwar traten jetzt einige Tage hindurch die Exanthemeruptionen sehr gelinde auf, womit gleichzeitig eine, wenn auch nicht adäquate Intensitätsabnahme in der künstlichen

Produktion der Quaddeln zu konstatieren war, allein nunmehr wiederum in verhältnismäfsig grofsen Dosen gereichte Chiningaben waren nicht mehr imstande, den ursprünglichen Zustand zurückzuführen.

Der Verfasser konnte sich bezüglich der Ätiologie nicht einmal auf eine Vermutungs-Diagnose stützen, hebt aber den geradezu frappierenden Einfluſs mechanischer Reizmittel auf die Entstehung der Urticaria hervor und sagt, daſs einer, der der Lehre von den Gefäſsneurosen noch zweifelnd gegenübersteht, bei Betrachtung wenigstens dieses Falles von der sichern und prompten Übertragung mechanischer Hautreize auf die Vasomotoren, wie sie sich vor den Augen des Beobachters abspielte, überzeugt werden müſste.

In demselben Jahrgange der *Charité-Annalen* ist von Prof. G. Lewin eine Arbeit über **Morbus Addisonii** mit besonderer Berücksichtigung der eigentümlichen abnormen Pigmentation der Haut vorhanden. Nachdem der Verf. die Kasuistik sorgfältig bis auf die heutige Zeit gesammelt und in 4 verschiedene Gruppen geteilt hat, forscht er nach den ätiologischen Momenten der Krankheit und sagt, daſs er an erster Stelle dem Nervus splanchnicus einen hervorragenden Anteil an einer gewissen Reihe von Symptomen vindizieren möchte. Ein zweites Organ, das zu den Erscheinungen des Morbus Addisonii beiträgt, ist der Plexus coeliacus und vor allem dessen Ganglion semilunare. Die Symptome, die bei den Morb. Addisonii meistenteils vorkommen und auf eine Alteration des Plexus coeliacus und des Splanchnicus zu beziehen sind, sind die Obstipation und die Diarrhöen. Auch das Erbrechen führt der Verf. auf eine Irritation des Sympathicus zurück. Die Befunde der Hyperämie und Hypertrophie der Leber und deren häufige Folge, die Verfettung, können wohl aus den Stauungsverhältnissen in dem Pfortadersystem erklärt werden, welche infolge der Lähmung der Splanchnici eintreten. Die so häufigen und vielfachen Erkrankungen der drüsigen Gebilde des Darms, so namentlich der Brunnerschen, Peyerschen und solitären Drüsen, können teils auf die lange bestehende Hyperämie und den dadurch bedingten Katarrh, teils auf eine Erkrankung des Splanchnicus und des sympathischen Darmplexus zurückgeführt werden. Die Nieren waren meistens hyperämisch und hypertrophisch, eine Erscheinung, die ihre Erklärung in der durch die Affektion des Splanchnicus erzeugten Blutstase und vermehrten Blutdruck findet. Möglicherweise wird auch der Plex. coel. auf dem Wege der Irradiation in Mitleidenschaft gezogen. In der Mehrzahl der Fälle waren Hyperästhesien im Bereich der Digestionsorgane und zwar unter der Form von Neuralgien, die nach den verschiedensten Richtungen ausstrahlen und als epigastrische, hypogastrische, Lumbar- und Kreuzschmerzen bezeichnet werden, vorhanden; ob diese neuralgischen Affektionen von dem Splanchnicus oder vom Gangl. coel oder von den NN. aus bedingt werden, läſst sich mit voller Bestimmtheit nicht beantworten, jedenfalls ist aber der Bauchsympathicus beteiligt. Die Lungen waren in einem grofsen Teile der Fälle tuberkulös, der Puls klein und matt, die Frequenz im Anfange der Krankheit vermindert, später gesteigert. Von cerebralen Erscheinungen werden Kopfweh, vorübergehender, mit Übelkeit verbundener Schwindel mit Ohnmachten, Konvulsionen mit und ohne Bewuſstsein, zuletzt Kollaps, Coma und Sopor angeführt. Rechnet man die Unruhe, Jaktationen, die geistige Apathie und schwere psychische Depression, Delirien, epileptische Anfälle hinzu, so entsteht das Bild chronischer oder akuter Hirnanämie, deren Ursache in der durch Lähmung des Splanchnicus bedingten Hyperämie der Bauchorgane zu suchen ist. Die Nebennieren waren in allen Fällen verändert, meistens tuberkulös, dann aber auch fibrös, knotig, knorpelig oder atrophisch. So viel steht fest, daſs ein innerer und zwar kausaler Konnex zwischen Morb. Addis. und Nebennieren besteht, allein der Verf. wirft die Frage auf, welcher Teil der NN. diesen Effekt bewirkt und kommt zu der Ansicht, daſs wohl die Marksubstanz die Ursache des Morb. Add. sei, indem sie zum Nervensystem gleichsam ge-

hören, weshalb Leydig behauptet, dafs es wie ein gangliöses Nervenzentrum wirke und zwar weil die zelligen Elemente des Markes als multipolare Ganglienzellen erscheinen und die Nervenfasern aus den Ganglienkugeln entspringen. Was das Pigment anbetrifft, so ist der Verfasser mit Rosenstein der Ansicht, dafs das unter die Haut abgelagerte Pigment Indikan ist, er hat bei 20 Kaninchen, bei welchen beide NN. extirpiert wurden, 7 mal Indikan nachweisen können.

Berlin. L. Hoffmann.

Eulenburg, *Realencyklopädie der gesamten Heilkunde.* 2. Auflage. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg. 1885. Lieferung 1—10.

Die ersten 10 Lieferungen der zweiten Auflage dieses grofsartigen Unternehmens sind in rascher Folge erschienen und reichen bis zum Artikel „Arterien". An gröfseren Artikeln, die für unsern Leserkreis ein spezielles Interesse haben, enthalten sie folgende 19:

Acarus,	bearbeitet	von	Landois.
Acne und Acne Rosacea,	„	„	Kaposi.
Addisons Krankheit,	„	„	P. Guttmann.
Adenom,	„	„	Birch-Hirschfeld.
Adeps	„	„	Vogl.
Ainhum,	„	„	Geber.
Akrochordon,	„	„	Behrend.
Akrodynie,	„	„	Z.
Alopecie,	„	„	Kaposi.
Angioma,	„	„	Hofmokl.
Antimerkurialismus	„	„	Grünfeld.
Antimon,	„	„	L. Lewin.
Antiphlogosa,	„	„	Samuel.
Antisepsis,	„	„	Küster.
Antiseptica,	„	„	L. Lewin.
Aphthen,	„	„	—
Araroba,	„	„	Vogl.
Argyria,	„	„	Behrend.
Arsen,	„	„	L. Lewin.

Die Artikel Akne und Alopecie von Kaposi sind aus dessen im selben Verlage erschienenen „Vorlesungen" mit unwesentlichen Veränderungen herübergenommen. Mehr Interesse haben daher die für uns neuen Artikel von Guttmann (Addisons M.), Grünfeld (Antimerkurialismus), Samuel (Antiphlogosa) und Küster (Antisepsis), Antiseptica, Antimon, Arsen (L. Lewin), Araroba (Vogl), die sämtlich durch Kürze und Gediegenheit des Inhalts einen befriedigenden Eindruck hervorrufen. Bei Antimon sind bereits die Resultate von Morris bei Hautkrankheiten mit diesem Mittel besprochen. Unter Arsen steht die Behauptung, dafs man in Deutschland nach Hebras Vorgange auf den Gebrauch des Mittels bei chronischen Ekzemen ganz verzichtet hat. Wir möchten dem verdienstvollen Pharmakologen bemerken, dafs nach den Lehrbüchern die Sache sich allerdings so ausnimmt, in praxi aber der deutsche Arzt durchschnittlich genau wie der französische und englische auch heute noch Arsenik bei Ekzemen öfter ordiniert als er es eigentlich verantworten kann, und dafs in der That bei ganz bestimmten Ekzemen Arsenik sehr gute Dienste leistet. Auch die Akne hätte hier beim Arsenik erwähnt werden dürfen. Die recht guten Artikel

von Behrend (Argyria, Akrochordon) sind offenbar für das Werk eigens ausgearbeitet. Wir hoffen, in den folgenden Lieferungen noch vielen ebensoguten und dem heutigen Stande der Dinge entsprechenden Aufsätzen aus unserm Fache zu begegnen. Unna.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Amerika.

Experimente über den Gebrauch der **Pasten bei Hautkrankheiten.** Dr. van Harlingen in Philadelphia hat mit den von Unna angegebenen Pastenformen Versuche angestellt. Beim Ekzem benutzte er die folgenden:

Kaolinpaste No. I.

℞ *Pulv. Kaolini*
Glycerini ää 45,0
Zinci oxydati
Liq. plumbi subacetati ää 30,0
M.

Diese Paste bildet eine rahmartige weifse Flüssigkeit.

Koalinpaste No. II.

℞ *Pulv. Kaolini* 105,0
Glycerini 45,0
Pulv. Zinci oxyd.
Liq. plumbi subacetati ää 30,0

Diese Paste bildet eine salbenartige Masse, die nach einigen Wochen von kittartiger Konsistenz wurde.

Kaolinleinölpaste No. I.

℞ *Pulv. Kaolini* 75,0
Ol. lini 45,0
Liq. plumbi subacetati 30,0
M.

Diese Paste gleicht einem weichen Kitt, der sehr rasch nach der Applikation trocknet.

Kaolinleinölpaste No. II.

℞ *Pulv. Kaolini*
Ol. lini ää 45,0
Pulv. Zinci oxyd.
Liq. plumbi subacet. ää 30,0
M.

Dieses Gemisch ergibt eine zarte, kittartige Paste, die sich leicht aufträgt. Bei Akne gebraucht er folgende:

Schwefelpaste.

℞ *Sulf. praec.* 75,0
Pulv. calc. carbon. 5,0
Pulv. Zinci oxyd. 40,0
Pulv. amyli oryzae 20,0
Glycerini 40,0
Aquae 300,0
M.

Diese Mischung unterscheidet sich von der von UNNA empfohlenen dadurch, dafs sie 20 Minims Glycerin (cá. 1,25) auf die Unze (ca. 30,0) enthält. Das Glycerin wurde hinzugesetzt, weil UNNAS Formel eine etwas zu steife Paste ergab.[1]

Aus seinen wenigen Beobachtungen schliefst v. H., dafs die Pasten für die Patienten bei eignem Gebrauche mühsam zu verwenden sind. Aber wenn er dieselben selbst applizierte, waren die Resultate solche, um ihn zu weiteren Versuchen zu ermutigen. (*The Polyclinic.* 1885. 15. Aug.)

Notizen über **Hyperhidrosis.** Dr. WILE (Atlantus, Georgia) empfiehlt bei der Behandlung dieser Affektion den innern Gebrauch der Tonica und Atropin. Äufserlich sind aufser äufserster Reinlichkeit verschiedene Waschungen reichlich anzuwenden. Besonders nützlich sollen folgende sein: Tannin 0,6—1,8 auf 240,0 Wasser. — Extr. Aconit. 0,6, Spir., Aetheris ää 120. — Gesättigte Borsäurelösung. — Naphtol 0,6- 2,4, geruchloser Spiritus 30,0. — Tinct. Belladonnae. — Chloral 30,0, Aqua 480. — Alle diese Flüssigkeiten müssen 3 bis 10 Minuten lang täglich 3 mal appliziert werden, worauf eines der folgenden Streupuder angewandt wird: Acid. salicyl. 0,6, Amylum 30. — Alum. usta 4,0, Acid. salilyl., Talci ää 60. — Bei Bromidrosis der Füfse ist die Behandlung mittels Hebrascher Salbe die verläfslichste.

Behandlung des Erysipels. Dr. LEWIS (New-York) gibt den wahrscheinlichen Malaria-Ursprung der idiopathischen Gesichtsrose zu und sieht gute Erfolge von dem frühen Gebrauche grofser Chinindosen, manchmal sogar Koupierung des Anfalls, besonders wenn das Chinin mit der verdünnten Lösung des Eisensesquichlorids verbunden wird. Von den äufserlichen Mitteln verwirft er das „Blei- und Opiumwischwasser" als unangenehm für Gesicht und Geruch und nicht wirksamer als einfaches kaltes Wasser. Ebenso verwirft er die von Dr. JACOBI angegebene Mischung von Karbolsäure in Ölsäure (1 : 8) als zu reizend für die gesunde Haut und zu unangenehm riechend für viele Personen. Er spricht sich sehr günstig über die Kollodiumbehandlung aus. Aber bei gröfserer Ausdehnung der befallenen Stücke zieht er die Bleiweifsfarbe vor. Er empfiehlt den Zusatz eines gewissen Sikkativs, welches ein Patentpräparat hierorts von unbekannter Zusammensetzung ist. Es besteht wahrscheinlich aus einem in Leinöl gelösten Harze. Die Farbe (paint) mufs dicker sein als sie gewöhnlich gebraucht wird. Es ist die einzige Methode, welche L. anwendet und seine Erfolge sind ausgezeichnet gewesen. (*Journ. of Cut. and Ven. Dis.* 1885. p. 25.)

Chrysarobin. In der Julinummer des *Journal of Cutan. and Ven. Diseases* wurde zur Sprache gebracht, dafs die Wirkung dieser Drogue sich in den Händen der Dermatologen verringert habe. Man setzte voraus, dafs eine Verschlechterung der Drogue stattgefunden habe, da viel höhere Dosierungen zur Erzielung derselben Effekte notwendig sind als bei der Einführung derselben. In der Septembernummer ist ein Brief von MERCK in Darmstadt mitgeteilt, nach welchem aus der Fabrik desselben genau das gleiche Präparat wie vordem versandt wird.

Rupia syphilitica. Dr. ATKINSON (Baltimore) fand in 35 Fällen die Dauer unter einem Monat in 3, zwischen 1 und 12 Monaten in 20 und über ein Jahr in 11 Fällen. Sie trat am häufigsten im Winter und Sommer auf (23 Fälle). Meistens waren die Beine, nie die Genitalien affiziert. (*Virg. med. Monthly.* 1885. 333.)

New-York. GEO. TH. JACKSON.

[1] Diese Angabe ist wohl nicht ganz richtig. Die betreffende Formel (eine Schwefelkleisterpaste, s. „Pastenbehandlung der entzündlichen Hautkrankheiten", *Monatsh. f. Prakt. Derm.* 1884. S. 50) lautet: Sulf. 40, Calc. carb. 2, Zinci oxyd. 20, Amyli 15, Glycerini 20, Aq. 75, Coq. ad 120. Mithin gab ich nicht „kein Glycerin hinzu, sondern 20 : 140, i. e. 14%, während v. HARLINGEN nur 40 : 480, i. e. 9% angibt. In obigem Referat fehlt dagegen die Angabe, dafs die Mischung gekocht werden mufs. U.

Inhalt: L. A. DUHRING, Verhältnis des Herpes gestationis und gewisser andrer Dermatosen zur Dermatitis herpetiformis. — Die Dermatologie auf der 58. Naturforscherversammlung in Strafsburg i. E. 18.—22. Sept. 1885. — E. LESSER, Über Ringelhaare. — NEISSER, Ansteckungsfähigkeit der chron. Gonorrhöe. — VON SEHLEN, Alopecia areata. — UNNA, Über Leprabacillen. — FINGER, Über die Natur des weichen Schankers. — DOUTRELEPONT, Über eine noch unbeschriebene Hautkrankheit. — NEISSER, Über Kalomelinjektionen. — BOCKHART, Über Injektionen mit Serumquecksilber. — KOPP, Über die wissenschaftliche Grundlage der Lehre von den Ernährungsstörungen der Haut auf nervösem Wege (Trophoneurosen der Haut). — SCHUSTER, Die Merkurseife. — LANG, Ichthyosis mit bedeutender Verkürzung der Haut. — DOUTRELEPONT, Über Bacillen bei Syphilis. — UNNA, Über Sphacelinsäure bei Rosacea. — WOLFF, Über ein neues Jodpräparat. — WOLFF, Über das Verhältnis der Lues und der vener. Krankheiten in Strafsburg. — **Referate.** — **Mitteilungen aus der Litteratur.**

Um den Bericht über die Naturforscherversammlung in Strafsburg möglichst zeitig und im Zusammenhange zu geben, ist der gewöhnliche Umfang der Hefte bei dieser Nummer bedeutend überschritten worden.

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Sendungen sind an einen der Herausgeber oder an die Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in **Hamburg**, Hohe Bleichen 18 zu richten.

Ausländische Korrespondenten der Redaktion: Dr. H. G. BROOKE in Manchester, 189. High Street, Oxford Rd. — Dr. GEORGE THOMAS JACKSON in New York, 14 East 31th Street. — Dr. E. PONTOPPIDAN in Kopenhagen, Kjøbmagergade 53. — Dr. RENOUARD in Paris, 8 Rue St. Lazare.

Anzeigen.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Handbuch
der
Physiologischen Optik
von
H. von Helmholtz.

Zweite umgearbeitete Auflage.

Lex. 8. Mit zahlreichen Holzschnitten.
Erscheint zunächst in etwa 10 Lieferungen von 5—6 Bogen.
Preis der Lieferung 3 Mark.

Im November 1885 erscheint:
Bakteriologische Diagnostik.
Hilfstabellen beim praktischen Arbeiten.
Von
Dr. **James Eisenberg.**
Lex. 8. kart. Preis ca. 4 Mark.

Bad Nenndorf
Privat-Winterkur bei
Dr. Ewe.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J F. Richter** in Hamburg.

Zwölf Hefte bilden einen Band, dem Sach- u. Namen-Register u. system. Übersicht beigegeben wird.

Monatshefte
für
Praktische Dermatologie.

Der Preis ist halbjährlich 6 Mark. — Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Redigiert
unter Mitwirkung von Dr. H. von Hebra in Wien
von
Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Band IV. No. 12. Dezember 1885.

Ein Fall von hartem Schanker der Vagina.

Ein Beitrag zur Kenntnis von der Entstehung der Vaginalschanker.

Von

Dr. Max Bockhart
in Wiesbaden.

Am 2. Juni d. J. konsultierten mich ein junger Belgier, Herr Viktor N., 25 Jahre alt, und seine Geliebte, Frl. Jeanette N., 20 Jahre alt, beide wegen Erkrankungen der Geschlechtsorgane.

Ich erfuhr von Herrn N., dafs er im Mai 1881 syphilitisch infiziert wurde, damals an hartem Schanker der Vorhaut und später an allgemeiner Drüsenschwellung, papulösem Hautsyphilid, Geschwüren der Mandeln und nässenden Warzen am After und Hodensack litt. Im Juli 1881 machte Herr N. eine vierwöchentliche Schmierkur durch und nahm bis zum Jahre 1883 öfters Jodkalium. Im Januar 1884 litt er an recidivierenden Schleimhautpapeln der Zunge und der Tonsillen sowie an recidivierenden nässenden Papeln am After; wiederum vierwöchentliche Schmierkur; später noch einige Male Jodkalium.

Bei der nun vorgenommenen Untersuchung konstatierte ich folgenden Krankheitszustand des Herrn N.: Phimotische Vorhaut; übelriechende Smegmamassen im Vorhautsack; links vom Frenulum zwei linsengrofse, nässende, breite Papeln; rechts vom Frenulum drei ebensogrofse, nässende, breite Papeln. Eine Drüse der linken zwei der rechten Inguinalgegend geschwollen. Drei Cervikaldrüsen und die Axillardrüsen beiderseits ebenfalls geschwollen. Sonst nichts Krankhaftes nachweisbar.

Frl. JEANETTE N., die in Abwesenheit ihres Geliebten untersucht wurde, will früher nie krank, in specie nie geschlechtskrank gewesen sein. Seit 6 Monaten lebte sie mit Herrn N. und hatte mit keinem andren Manne den Beischlaf ausgeübt. Seit etwa 14 Tagen verspürte sie manchmal während des Beischlafes Schmerzen in der Scheide, und kamen dann auch jedesmal einige Tropfen Blut aus der Vagina. Die nun vorgenommene Untersuchung der äufsern Genitalien ergab nichts Abnormes. Die Vagina war ziemlich eng. Die Einführung des Speculums in die Scheide war etwas schmerzhaft. Die Vaginalportion und der äufsere Muttermund waren ganz intakt. Beim Zurückziehen des Spiegels fand ich auf der hinteren Wand der Scheide ein ziemlich grofses Geschwür, das infolge der mechanischen Läsion mit dem Scheidenspiegel ein wenig blutete. Nachdem das Blut entfernt war, konnte ich folgende Beschaffenheit des Geschwüres erkennen: das Geschwür war kreisrund, von der Gröfse eines Markstückes; sein Durchmesser betrug ca. 2 cm. Es war umgeben von einem ganz niedrigen, kaum ca. 2 mm hohen und ebenso breiten Rand, dessen Oberfläche ganz allmählich in die des Geschwüres überging. Die Oberfläche des Geschwüres selbst war gröfstenteils von einem grauweifsen, ziemlich festanhaftenden Belag bedeckt; einzelne kleinere Stellen seiner Oberfläche waren indes frei von Belag, von granulierter Beschaffenheit, dunkelrot und glänzend. Der Rand oder Wall fühlte sich derb an; Fingerdruck auf die Oberfläche des Geschwüres ausgeübt liefs eine geringe Induration des Geschwürsbodens erkennen. Nahm ich dagegen das Geschwür an beiden Polen seines Durchmessers zwischen Zeigefinger und Daumen und übte so einen sanften Druck aus, dann konnte ich eine sehr deutliche blattförmige (lamellöse) Induration der Geschwürsbasis konstatieren. Diese Palpation des Geschwüres war nicht schmerzhaft. Das Geschwür lag etwas hinter der Mitte der hinteren Vaginalwand; die Entfernung vom Mittelpunkte des Geschwüres bis zum Ostium Vaginae betrug genau 4 cm. Deutlich geschwellte Leistendrüsen waren nicht zu fühlen; eine geringradige Schwellung derselben hätte bei der bedeutenden Entwickelung des Fettpolsters der Haut nicht erkannt werden können. Am übrigen Körper war nichts Krankhaftes nachweisbar.

Es lag also ein unzweifelhafter Fall von hartem Schanker der Vagina vor. Die zum Schanker gehörigen primär geschwellten Lymphdrüsen konnten nicht gefühlt werden: nach der Lokalisation des Schankers waren es die Glandulae hypogastricae s. pelvinae. Über die Zeitdauer des Bestehens dieses syphilitischen Primäraffektes konnte ich nichts Bestimmtes in Erfahrung bringen. Die Patientin erinnerte sich nur, seit 14 Tagen häufig Schmerzen während des Beischlafes empfunden zu haben. Da die harten Schanker der Vagina sehr rasch von selbst heilen (nach 1—2 Wochen, GARDIL-

LON[1]), so war es auffallend, dafs dieser Schanker schon so lange bestand und noch keine Tendenz zur Verheilung zeigte. Aufgeklärt wurde dieser merkwürdige Umstand durch folgende Erzählung des Herrn N.

Nachdem ich Frl. N. untersucht hatte, liefs ich sie ins Nebenzimmer treten, rief Herrn N. herein und teilte ihm mit, dafs seine Geliebte ein syphilitisches Geschwür, einen harten Schanker in der Scheide habe und offenbar durch ihn infiziert sei. Herr N. erschrak über diese Mitteilung, frug mich aber sogleich, ob dies Geschwür nicht auch von gutartigem Charakter und nichts weiter als eine durch einen „Stachel- oder Reiz-Condom" bedingte Verletzung sein könne. Ich versicherte, es sei bestimmt syphilitischer Natur, bekannte aber meine Unwissenheit in betreff eines „Stachel- oder Reiz-Condoms." Herr N. zeigte mir nun einen „Reizcondom" — er führte zwei Exemplare davon in einem Täschchen bei sich — und erzählte, er übe jeden Abend mehrmals den Beischlaf aus und zwar zuerst immer mit dem „Reizcondom." Dieses Condoms bediene er sich zur Erhöhung der Geschlechtslust des Weibes und es erfülle derselbe seinen Zweck in hohem Mafse. Sodann vollziehe er den Beischlaf noch ein oder mehrere Male ohne diesen Condom.

Der mir gezeigte „Reizcondom" sah folgendermafsen aus: Es war ein Condom von der Gröfse und Form eines gewöhnlichen Fischblasencondoms. Er war aus grauem, verhältnismäfsig dickem Gummistoff verfertigt. Die Dicke seiner Wandung betrug über 1 mm. Auf seiner Oberfläche trug er in gleichmäfsigen Abständen 3 Reihen von je 4 Gummi-„Stacheln". Diese Stacheln, aus demselben Stoff wie der Condom bestehend, safsen mit ihrer breiten Basis fest auf demselben auf. Die Basis der „Stacheln" war nach vorn — wenn der Condom in Gebrauch war gegen die Eichel zu — und ihre Spitze nach hinten — gegen den Mons veneris zu — gerichtet. Die Stacheln hatten die dreieckige Form einer Lanzenspitze; jeder Stachel war fast 5 mm lang, an seiner Basis etwa halb so breit und in seiner ganzen Länge, auch an der Spitze, etwa 1 mm dick. Die „Stacheln" ragten an ihrer Spitze so viel über die Fläche des Condoms empor, dafs sie sich beim Zurückziehen des Penis aus der Vagina, von deren Wandung aufgehalten, in die Höhe richten und an dieser reiben mufsten; beim Hineinschieben des Penis in die Vagina aber legten sie sich fest an die Oberfläche des Condoms an, ohne eine besondere Reibung zu verursachen. Die „Stacheln" waren derb genug, um in der im gegebenen Falle engen Scheide Läsionen des Epithels hervorrufen zu können.[2]

[1] GARDILLON, *Essai sur le chancre du vagin.* Paris 1881. Ref. bei MAURIAC, *Leçons sur les maladies vénériennes.* 1883 p. 345.

[2] Ich habe später noch andre derartige Condoms von verschiedener Konstruktion gesehen; einige hatten weniger und kürzere aber breitere und dickere „Stacheln". Andre hatten statt der „Gummistacheln" Gummi-„Rädchen", die sich ebenfalls beim Hineinschieben des Penis in die Vagina

Herr N. wurde örtlich — die breiten nässenden Papeln — mit Kalomel behandelt und erhielt 15 Injektionen von Blutserumquecksilber. Für Fräulein N. wurden vorläufig angeordnet 4 mal täglich vorzunehmende Injektionen von 1‰ Sublimatlösung in die Scheide. Der Beischlaf, in specie der Coitus mit dem „Reizcondom" wurde untersagt. Am 8. Juni war die Induration des Schankers vollständig verschwunden und die Geschwürsfläche zur Hälfte überhäutet. Am 20. Juni war von dem Vaginalschanker keine Spur mehr zu fühlen oder zu sehen. Am 11. Juli aber konstatierte ich bei der Patientin ein kleinmakulöses Hautsyphilid auf Brust, Bauch, Seitenflächen des Thorax, Oberarmen und Oberschenkeln; ferner Angina syphilitica, Schleimhautpapeln der Tonsillen, deutliche Schwellung der Leisten- und Axillardrüsen beiderseits, der linken Kubitaldrüse und zweier Cervikaldrüsen. Dabei klagte Patientin über Fieber und lebhaften Kopfschmerz. An den äufseren Genitalien und am Anus war nichts Krankhaftes nachweisbar. Ohne Kenntnis der früheren Krankengeschichte hätte man vergebens nach einem Primäraffekte gesucht. Es wurde nun eine 25tägige Schmierkur angeordnet, dieselbe aber nicht hier in Wiesbaden durchgeführt, wegen einer inzwischen hier ausgebrochenen Typhusepidemie, sondern in einer Stadt der Schweiz. Nach Beendigung der Kur, am 15. August, sah ich beide Patienten wieder. Bei Fräulein N. waren alle Syphilis-Symptome geschwunden bis auf die Schwellung der beiden Cervikaldrüsen und der linken Kubitaldrüse.

Bekanntlich sind die harten und die primären weichen Schanker in der Vagina ganz aufserordentlich selten (ebenso selten, wie die gonorrhoische Entzündung der Scheide, was BUMM[3] jüngst nachgewiesen hat). Aus anatomischen Gründen: das dichte, von zahlreichen, elastischen Fasern durchzogene Gewebe der Scheidenschleimhaut ist sehr dehnbar und von einer verhältnismäfsig sehr dicken Pflasterepithelschicht bedeckt. Daher ist die Oberfläche der Scheide während des Coitus Verletzungen, die dem syphilitischen Virus als Eingangspforte dienen könnten, nur in den allerseltensten und ungewöhnlichsten Fällen ausgesetzt. FOURNIER[4] teilt in seinem Lehrbuche mit, dafs er noch nie einen unzweifelhaften Fall von syphilitischem Schanker der Vagina gesehen habe. Nach der bei MAURIAC[5] angeführten Statistik (Fälle von MARTINEAU und FOURNIER), die jedoch den zweifelhaften Fall FOURNIERS mit enthält, kamen auf 292 bei Weibern beobachtete syphilitische Schanker 3 solche der Vagina. GLÜCK[6] fand unter 136 Fällen von harten Schankern bei Weibern

zusammenfalten und an die Wandung des Condoms anlegen, beim Zurückziehen des Penis aber emporsträuben mufsten. Andre dieser Instrumente waren schmal und ringförmig; sie wurden „Reizringe" genannt.

[3] BUMM, *Die Mikroorganismen der gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen.* Wiesbaden 1885.

[4] FOURNIER, *Leçons cliniques sur la Syphilis.* 1881. p. 55.

[5] l. c. p. 350.

[6] *Wiener med. Presse.* 1881. 32.

2 solche der Vagina. Es ist daher unser Fall schon wegen der Seltenheit dieser Affektion erwähnenswert. Er erregt aber auch aus andern Gründen Interesse: einmal, weil hier die Induration des Schankers deutlich ausgeprägt war. Deutlich fühlbare Härte ist selten ein Attribut der Schanker der Scheidenschleimhaut oder des Ostium Vaginae wegen der anatomischen Beschaffenheit dieser Gewebe und weil die hier lokalisierten syphilitischen Schanker die Neigung haben, rasch zu verheilen. In unserm Falle war die Induration gewifs deshalb so deutlich, weil der Schanker lange Zeit (wohl etwa 5 bis 6 Wochen lang) bestand. Er wurde täglich durch den stachelbesetzten Condom gereizt und deshalb verhindert, rasch zu heilen. Als dieser mechanische Reiz nicht mehr einwirkte, verschwand der Schanker alsbald. Ein ferneres u. zw. hervorragendes Interesse gewinnt unser Fall durch den Umstand, dafs sich hier die Infektionsquelle und die Art der Enstehung des Vaginalschankers genau nachweisen liefs: Die Reihe der allabendlichen Kohabitationen wurde eröffnet durch einen Coitus mit dem „Reizcondom". Dabei kam es zu Läsionen des Epithels der Vaginalschleimhaut; gewifs waren dieselben unbedeutend, klein, aber immerhin grofs genug um dem Syphilisvirus im Sekrete der nässenden Papeln, die später mit den Erosionen in die innigste Berührung kamen, zur Eingangspforte dienen zu können.

Der Gebrauch von „Reizcondoms" ist wohl nicht sehr verbreitet; aber dieses Instrument zur Erhöhung der Geschlechtslust des Weibes ist offenbar nicht ohne Bedeutung für die Entstehung der Vaginalschanker.

Beiträge zur Behandlung der Hautkrankheiten mit Resorcin.

Von

Dr. M. Ihle

in Leipzig.

Angeregt durch die in dieser Zeitschrift (Januarheft 1884 und ff.) von Dr. J. Andeer veröffentlichten Artikel über „Resorcin in seiner Anwendung bei Hautkrankheiten" habe ich seither mit diesem so warm empfohlenen Mittel in meiner Privatpraxis wie in meiner Poliklinik einen möglichst ausgedehnten Gebrauch gemacht. Es sei mir gestattet, in folgendem die Ergebnisse, die mir dabei geworden, darzulegen.

Es kann dies nicht in der Absicht geschehen, Resorcin als Heilmittel bei Hautkrankheiten zu empfehlen, gegen die es noch

nicht angewendet wurde — denn bei welchen Hautkrankheiten ist Resorcin nicht als Radikalmittel angepriesen worden! — ganz im Gegenteil, es ist der Hauptzweck dieser Zeilen, darauf hinzuweisen, dafs, so prompt sich auch dieses Mittel in einigen ziemlich scharf abzugrenzenden Krankheitsgruppen bewährt, es durchaus nicht als Universalmittel für Hautkrankheiten κατ' ἐξοχήν hingestellt werden darf.

Schon der Hinweis, dafs Resorcin nach seinem ersten, viel versprechenden Auftreten sobald wieder fast in Vergessenheit geriet, mufs bei seiner Anwendung zur Vorsicht mahnen. Und diese ist in der That begründet. Denn so sehr ich auch die Vortrefflichkeit des Resorcins in den später zu spezifizierenden Erkrankungen der Haut bei vorsichtiger Anwendung schätzen gelernt habe — ohne günstige Resultate würde wohl niemand 1½ Jahr mit einem Präparate herumdoktorn! —, so kann ich doch keineswegs die Ansicht des obengenannten geehrten Autors teilen, dafs man mit Resorcin nur nützen, nie schaden könne, oder, wie er sich ausdrückt, dafs „die Art der Resorcineinwirkung von selbst dem Zuviel oder Zuwenig im Fortschritte des Heilprozesses ein Ende mache."

Es ist nicht zu leugnen, dafs Resorcin, ein vortreffliches Antisepticum, verunreinigte Wunden, Geschwüre etc. sehr gut reinigt, die Schmerzhaftigkeit aufhebt und dabei sogar oft schneller, als das unter einfachem antiseptischen Verband eintritt, vorhandene Lymphangitis und Lymphadenitis vermindert.

I. Das 16jährige Küchenmädchen Anna S. war am 4. VIII. 84. gegen den rotglühenden Ofen mit dem rechten Oberarm gefallen. Ohnmächtig wurde sie von ihrer Herrin erst aus ihrer Lage gebracht, nachdem eine 19 cm lange und 7 cm breite Brandwunde 1. bis 3. Grades: Eiterung, mächtige Blasenbildung und in der Mitte tiefe Verschorfung der Muskulatur entstanden war. Anstatt das Mädchen direkt zum Arzt zu schicken, wurde ein Hausmittel — Mehlbrei mit Salz und Pfeffer — darauf gethan. Am andren Tage legte ich nach gründlicher Reinigung des höchst schmerzhaften Armes vorsichtshalber zuerst eine 5 %ige, bei späterem Verbandwechsel fortgesetzt eine 25 %ige Resorcinsalbe auf die Wunde. Schon am dritten Tage waren alle Schmerzen verschwunden. Die späteren Verbände konnten mehrere Tage liegen gelassen werden, da die Absonderung der Wunde eine mäfsige war und die Granulation weder zu üppig noch zu schlaff von statten ging.

Auch die Vernarbung vollendete sich trotz der grofsen Zerstörung aufserordentlich günstig und hatte ganz die Vorzüge, wie sie Dr. Andeer bei ähnlichen Fällen beobachtet hat.

Die einzige Unannehmlichkeit bei der Behandlung der Wunde mit Resorcin war, dafs die gesunde oder nur leicht gerötete Haut der Umgebung durch die Resorcinsalbe gereizt wurde und ein leicht juckendes, akutes Ekzem an den Rändern auftrat, welches aber ohne Schwierigkeit, nachdem die Umgebung der Wunde vor der Einwirkung des Resorcins geschützt wurde, bald zurückging.

II. Der Diakonus William L. hatte sich beim Sturz von der Pferdebahn eine leichte Hautabschürfung der linken Hand zugezogen. Nach 3 Tagen stellten sich heftige Schmerzen der Lymphstränge, verbunden mit Drüsen-

anschwellung in der Achselhöhle, ein. Nur dreimaliger Verbandwechsel der Hand mit 5 %igem Resorcinfett genügte, um die bedrohlichen Erscheinungen vollkommen zu beseitigen.

Doch nur in seltenen Fällen hatte ich Gelegenheit, gerade bei Ekzemen, bei deren Behandlung vor allem das Resorcin empfohlen wird, mit diesem Mittel eine spezifisch günstige Einwirkung zu beobachten. Bei akuten Ekzemen, deren ich 33 Fälle mit Resorcin behandelt habe, habe ich nur in einem einzigen Falle eine auffällig günstige Wirkung des Resorcins beobachtet.

III. Die 42jährige Kutschersfrau Friederike H. kam am 6. X. 84. mit Ekzema acutum cervicis, colli, brachiorum zu mir. Bereits am andren Tage, nach Auflegung einer 5 %igen Resorcinsalbe, war das Ekzem vollständig verschwunden.

Meistens wirkte es reizend, und die Behandlung mit Resorcin mufste ausgesetzt werden. Bei chronischem Ekzem, bei dem ich in 42 Fällen während der ganzen Behandlung oder wenigstens beim Beginne derselben Resorcin anwandte, habe ich bessere Erfolge aufzuweisen, d. h. erst in letzterer Zeit, nachdem ich mit den Eigenschaften des Mittels vertrauter geworden bin. Ich halte es nämlich für notwendig, wenn die chronisch ekzematös entartete Haut durch Resorcinsalben, oder besser Pasten (s. u.), ihr atonisches Gepräge verloren hat, mit der Resorcinbehandlung aufzuhören und mit indifferentern Mitteln die Heilung zu vollenden. Denn wendet man auch fernerhin Resorcin an, nachdem die entartete und verdickte Epidermis eingetrocknet ist und die braunen, nekrotisierten Hautfetzen sich abgeblättert haben oder künstlich entfernt worden sind, so greift das Resorcin die gesunde, darunterliegende, sich neubildende feine Epidermis gleichfalls an. Auch sie wird „gegerbt", dann rissig bei Bewegungen; es entstehen Rhagaden gerade durch die Resorcinbehandlung — ein Circulus vitiosus! Wurde das Resorcin wirklich auch längere Zeit gut vertragen, so schien es mir doch, dafs seine Heilwirkung sich nach und nach abschwächt und man mit andern Medikamenten schneller zum Ziele kommt.

IV. Der 23jährige Kopist Emil H. begab sich am 9. V. 84. wegen chronischen Ekzems beider Unterschenkel in meine Behandlung. Nach seiner Angabe bestand die Krankheit trotz unausgesetzter ärztlicher Behandlung schon 10 Jahre. Rechts legte ich erst schwächere (5 %), dann stärkere (25 % bis 50 %), sogar 80 %ige Resorcinsalbe auf, während das linke Bein mit Ungt. Wilkinsoni Hebr. verbunden wurde. In den ersten 14 Tagen schien es, als ob das chronische Ekzem unter der Resorcineinwirkung viel besser zur Heilung gelangen würde, als unter dem Teerverband. Das lästige Jucken war fast verschwunden, die verdickte Haut schälte sich in grofsen Schichten ab, darunter zeigte sich geschmeidigere, dünnere, zartgerötete Haut. Jedoch damit hatte auch die auffällig günstige Einwirkung des Resorcins ihr Ende erreicht. Denn während auf der linken Seite, wo durchschnittlich wöchentlich blofs zweimal eine Erneuerung des Teerverbandes notwendig war, die Haut nach zweimonatlicher Behandlung sich vollständig normal zeigte, war dieselbe rechts,

wenn auch bedeutend gebessert gegen früher, immer noch etwas verdickt und spröde, und es traten ab und zu juckende Ekzemefloreszenzen auf. Trotzdem der Patient sich täglich seine Resorcinsalbe, je nach den Syptomen der Krankheit, bald schwächer bald stärker (10—50 %), applizierte, kamen wir nicht von der Stelle, bis derselbe endlich selbst energisch verlangte, dafs auch auf dieses Bein die zwar stark riechende, aber besser einwirkende Wilkinsonsalbe aufgelegt werde.

Dem Mitgeteilten zufolge habe ich in bezug auf Ekzem durchaus nicht in allen Fällen günstige Resultate erzielt. Wenn ich trotzdem ebenfalls ein eifriger „Resorcindoktor" geworden bin, so haben dazu die ausnehmend guten Erfolge vor allem beigetragen, welche ich bei zweierlei Erkrankungsformen der Haut erzielt habe, nämlich bei Dermatomykosen und bei epithelialen Wucherungen verschiedener Art.

Vor allem prompt wirkt es, wie ich behaupten möchte — ähnlich wie das Quecksilber bei Lues — als Spezifikum auf die durch den Trichophyton tonsurans verursachten Krankheiten, nämlich Herpes tonsurans und Sykosis parasitaria. Ich habe das Glück gehabt, im Verhältnis recht viele Sykosis- und Herpes tonsurans-Fälle beobachten zu können, da in Leipzig namentlich in diesem Jahre förmlich eine Epidemie von Sykosis zu herrschen scheint.[1] Ich allein habe in der Zeit von 14 Monaten 53 Fälle von Sykosis und 29 von Herpes tonsurans barbae in Behandlung bekommen, bei denen ich in der gröfsten Mehrzahl die parasitäre Ursache nachweisen konnte. Die spezifisch antiparasitäre Wirkung des Resorcins kann man besonders schön an den kleinen Plaques und an den oberflächlichen, wohl erhaltenen Kreisformen des Herpes tonsurans bemerken. Schon nach zwei bis dreimaligem Auflegen einer starken Resorcinsalbe ist die Entzündung gehoben, und wenn man die gegerbte Epidermisschicht, welche sich nach kurzer Zeit in gröfseren oder kleineren Fetzen loslöst, entfernt, ist es nur noch bei den Bartstellen, welche von den Pilzen bis in die Tiefe der Haarwurzeln durchdrungen sind und wo sich tiefe feste Knoten gebildet haben, geboten, die Salbenbehandlung fortzusetzen. Nach und nach sistiert auch bei gröfseren Infiltrationen die Entzündung, sie bilden sich zurück, ja es ist mir in einigen Fällen sogar gelungen, bei grofsen, schon in der Tiefe vereiterten Knotenpaketen Resorption zu bewirken.

Ein unendlicher Vorteil der Behandlung der Sykosis parasitaria mit Resorcin besteht aber darin, dafs es keinesfalls notwendig ist, die erkrankten Barthaare zu epilieren. Dieses ebenso mühsame als schmerzhafte Verfahren wird dadurch unnötig, dafs die erkrankten

[1] Nur in einigen Fällen fand ich Sykosis bei Leuten, welche sich überhaupt nicht oder sich selbst rasierten. Von bestimmten Barbieren kommen mir die Klienten in ganz auffälliger Zahl infiziert zu Gesicht. Es wäre wohl angebracht, endlich einmal etwas mehr Antiseptik in die Barbierstube zu bringen!

Haare durch die Einwirkung des Resorcins von selbst sich ausstofsen. Sie kleben an den braunen, sich ablösenden Epidermisschuppen, oder wenn man, was nicht unbedingt notwendig ist, über die Salbe eine Watteschicht gelegt hat, an dieser. Gerade bei diesen Haaren, welche sich von selbst losgelöst haben, findet man bei der mikroskopischen Untersuchung die reichlichste Wucherung von Gonidien und Mycelfäden. Nur zu dem Zwecke, um die Diagnose festzustellen, werden dem Patienten einige Haare epiliert.

Bei der sonst so trefflichen Behandlung der Sykosis mit einem Watteverband und Ungt. Wilkinsoni Hebr. ist die systematische Epilation mit Recht als unumgängliche Voraussetzung einer Heilung geboten, da die abgestorbenen Haare in der Haut wie Splitter sitzen bleiben und, solange sie nicht künstlich entfernt sind, eine bleibende Ursache zur Vereiterung abgeben, welche noch dadurch gesteigert wird, dafs der festabschliefsende Salbenverband das Heraustreten des Eiters verhindert.

Aus diesem Grunde verwende ich mit Vorliebe nicht einfache Fettsalben, sondern eine poröse Paste. In der Lassarschen Klinik in Berlin hatte ich Gelegenheit, sehr hübsche Erfolge (bei Ekzem besonders) beobachten zu können mit einer Paste von folgender Zusammensetzung:

℞ *Acid. salicyl.* 2,0
Amyl. oryz.
Zinc. oxydat. ää 25,0
Vaselin. flav. 50,0
M. f. pasta.

An Stelle der Salicylsäure wird das Resorcinpulver verwandt. Da nicht ganz reines Resorcin die Paste stark färbt und auch Recorcinum purissimum durch reinste gelbe amerikanische Vaseline gebläut wird, mufs diese Unannehmlichkeit (denn der Patient will nicht gern als Ritter Blaubart herumlaufen) dadurch vermieden werden, dafs möglichst reines Resorcin und weifse Vaseline (Ungt. Paraffini Pharm. Germ.) zur Pastenbereitung verwendet wird. Also z. B.

℞ *Resorcin. purissim.* 10,0
Ungt. Paraffin. 50,0
Zinc. oxydat.
Amyl. oryz. ää 25,0
M. f. pasta.

Bei sehr starkem Zusatz von Resorcin ist es natürlich notwendig, um die geschmeidige Pastenform zu wahren, eine entsprechende Verminderung des Zinkoxyd und Mehlgehaltes eintreten zu lassen, resp. den der Vaseline zu vermehren. Eine hochprozentuierte Resorcinpaste würde also sein:

℞ *Resorcin. puriss.* 50,0
Vasel. alb. 60,0
Zinc. oxyd.
Amyl. oryz. āā 20,0
M f. pasta.

Übrigens kann man noch durch Zusatz von Carmin. rubr., dessen es nur einer Spur bedarf, der Paste eine Fleischfarbe geben, um sie so wenig als möglich auffallend zu machen. Wie man die Lassarsche Paste wegen ihrer porösen Eigenschaften sehr gut zur Blutstillung und als Antiseptikum auf Wunden (z. B. skarifizierte Hautstellen) legen kann, darf man auch eine Resorcinpaste direkt auf eine noch blutende Incisionswunde, die man vielleicht bei abscedierenden Sykosisknoten zu machen genötigt war, applizieren. Es genügt, da die Paste nicht so rasch eintrocknet wie Fett, sobald einmal die Eiterung sistiert, dieselbe zwei bis dreimal wöchentlich mit dem Borstenpinsel möglichst dick aufzutragen. Obgleich es nicht unumgänglich notwendig ist, so halte ich es doch, um das frühzeitige Abwischen der Paste zu vermeiden, für vorteilhaft, eine möglicht dünne Schicht von Verbandwatte aufzulegen (möglichst dünn, weil die Watte dann viel weniger geniert und fester sitzen bleibt, als ein dickes Polster, zu dessen Befestigung man dann einen Verband anlegen müfste, welcher so vermieden wird).

Auf jeden Fall rate ich, das Auftragen der Medikamente nicht dem Patienten zu überlassen, da starke Salben oder Pasten nicht gleich gut vertragen werden. Wenn man die Behandlung mit einer 10 %igen Paste begonnen hat, nimmt man das nächste mal, wenn man gesehen, dafs sie gut vertragen worden ist, vielleicht eine 25 %ige, steigt dann eventuell zu 50—80 %igen, um dann, wenn die Eiterung und Entzündung im Abnehmen begriffen, ebenso von den stärkeren wieder zu den schwächeren herabzugehen. Es ist also notwendig, dafs der Arzt das Resorcin in verschiedenen prozentuierten Salben und Pasten vorrätig hat, um je nach den Symptonen, welche der Patient darbietet, Resorcin in stärkerer oder schwächerer Form zu applizieren, schon aus dem Grunde, weil man nicht jedem Patienten zumuten kann, sich heute eine 10 %ige, morgen eine 25 %ige, übermorgen eine 50 % Salbe in der Apotheke bereiten zu lassen. Da sehr leicht, wenn die Heilung scheinbar vollendet ist, etwa überlebende Pilzkeime von neuem zu vegitieren anfangen, so gebe ich dann erst als Nachbehandlung dem Patienten eine schwache (3 %ige) Salbe in die Hand, welche er sich anfangs täglich, später wöchentlich ein bis zweimal, aufpinselt. Nun erst darf der Patient sich wöchentlich ein bis zweimal rasieren, denn während der energischen Resorcinbehandlung ist dies wegen der Reizung strengstens zu verbieten. Um durch die längeren Haare nicht bei der Auflegung der Medikamente gehindert zu werden, läfst

man den Bart öfter mit der Schere so kurz wie möglich schneiden. Dafs er des Rasierens bei dieser Behandlungsmethode nicht bedarf, ist auch eine grofse Annehmlichkeit für den Patienten. Bei der sonst bräuchlichen Behandlungsweise der Sykosis ist nicht nur die Epilation, sondern auch das tägliche Rasieren als unumgängliche Voraussetzung der Heilung verlangt. Und was für Schmerzen steht der Patient aus, wenn das Messer über die entzündeten Knötchen streicht! Ohne vielfache Verletzungen kann dies ja nicht abgehen, und aufserdem wird ohne Rücksicht auf die Wunde, in die eiternde und nässende Haut der Seifenschaum eingerieben! Gerade Patienten, welche schon längere Zeit mit Epilation und Rasieren gemartert und dann in der oben besprochenen Weise behandelt wurden, sind mir am treuesten gewesen, und gewifs ist keiner ungeheilt entlassen worden, welcher mir die nötige Zeit zur Behandlung gönnte.

Da die Behandlungsweise der Sykosis mit Resorcin im obigen möglichst ausführlich beschrieben wurde, sei es mir gestattet, in den anzuführenden Beispielen, um Wiederholungen zu vermeiden, eine detaillierte Auseinandersetzung derselben bei seite zu lassen.

V. Der 74jährige Maschinenmeister Albert D. kam am 6. V. 85. mit einer höchst ausgebreiteten parasitären Sykosis zu mir. Das ganze stark behaarte Gesicht war übersäet mit kleineren und gröfseren Knoten. Rechts und links fielen je zwei taubeneigrofse stark eiternde Geschwülste auf. Nach seiner Aussage bestand die Krankheit seit mindestens drei Jahren. Mehrere Male habe er monatelang in ärztlicher Behandlung gestanden — so sei er vor $^1/_2$ Jahren fünf Wochen lang von seinem Arzt mit Epilation und Sublimatumschlägen behandelt worden. Wenn auch die eine oder die andre entzündete Stelle unter dieser Behandlung geheilt sei, so wären doch dafür an andern Stellen neue Wucherungen entstanden, so dafs er endlich, da auch das tägliche Rasieren, was der Arzt verlangte, mit unausstehlichen Schmerzen verbunden war, die Behandlung aufgab und einige Monate gar nichts machen liefs. Zur Zeit sei sein Zustand aber unerträglich, da, abgesehen von der Entstellung seines Gesichtes, es ihm vor Schmerzen kaum möglich sei, den Mund zu öffnen, um Speise und Trank zu sich zu nehmen. Ich hiefs ihm, den Bart mit der Schere möglichst kurz zu schneiden und behandelte ihn in oben angegebener Weise anfangs mit schwächeren, dann mit stärkeren Resorcinpräparaten. Nach Verlauf von 14 Tagen schon waren die kleineren Plaques verschwunden und die Knotenbildungen ganz oder teilweise zurückgebildet. Das mächtige Knotenpaket am rechten Kinnrande mufste incidiert werden, da die Eiterung schon weit vorgeschritten war, während bei der grofsen Infiltration links die Resorption, ohne dafs ein chirurgischer Eingriff nötig gewesen wäre, zustande gekommen war. Nach weiteren 14 Tagen waren unter der Paste nicht nur die tiefen Incisionswunden an der rechten Geschwulst geschwunden und alle Eiterung sistiert, sondern die Geschwulst war selbst bedeutend zurückgegangen. Da hier und da sich frische Pusteln und Knötchen von Zeit zu Zeit zeigten, mufste während des zweiten Monats noch wöchentlich 1—2 mal eine Salbe von mittlerer Stärke appliziert werden; im dritten Monat behandelte sich der Patient selbständig mit einer schwachen (3%) Resorcinsalbe. Er ist vollständig geheilt entlassen worden.

VI. Der 30jährige Schneider Friedrich Sp. begab sich am 16. I. 85. mit einer $13^1/_2$ cm langen, $3^1/_2$ cm breiten Wucherung auf dem rechten Handrücken zu mir. Die Affektion hatte eine Hufeisenform. Die von ihr umschlossene

Haut war fast vollständig normal, zeigte nur eine geringe Rötung, doch keine tiefergreifenden Veränderungen oder Residuen derselben. Der Patient war über ein halbes Jahr mit starken Ätzmitteln und Skarifikationen behandelt worden, da man die Affektion für Lupus angesehen hatte. Da aber die charakteristischen Lupusknötchen fehlten, die von der unregelmäfsig kreisförmigen Wucherung umschlossene Haut keinerlei Narbenbildung erkennen liefs, und auch die Anamnese (P. gab mit Bestimmtheit an, dafs die Affektion anfänglich die Gestalt eines klein geröteten flachen Ringes gehabt habe) auf Herpes tonsurans schliefsen liefs, stellte ich die Diagnose auf Herpes tonsurans hypertrophicus. Ich behandelte ihn mit starken Resorcinsalben. Am 24. III. 85. konnte der Patient als von seinem, seit 4 Jahren bestehenden Leiden geheilt entlassen werden.

VII. Der Seiler Paul Z. litt seit 1883 an parasitärer Sykosis besonders des Schnurrbartes, zerstreute Effloreszenzen fanden sich im Backenbart; die Augenbrauen beiderseits waren infolge von monatelanger Vereiterung der Haare teilweise verloren gegangen, teilweise bestand die Vereiterung der Haarbälge noch zur Zeit. Er war fortgesetzt in ärztlicher Behandlung gewesen (es waren ihm besonders Teerpräparate, z. B. Teerschwefelseife, Tinct. Rusci verordnet worden). Als er am 24. XI. 84. zu mir kam, mochte ich ihm die stärkeren Resorcinsalben, da er auswärts wohnte und mich nicht so oft als nötig besuchen konnte, nicht in die Hände geben und schrieb ihm nur eine 10 %ige auf. Infolge dessen dauerte die Behandlung länger als der Schwere des Falles angemessen war, ziemlich zwei Monate, nach welcher Zeit er aber als vollständig geheilt entlassen werden konnte.

VIII. Der Tapezierer Ernst Z. wurde von mir vom 6. III. 85. bis 30. III. 85. an Sykosis parasitaria behandelt. Die linke Backe wurde durch eine mächtige Geschwulst entstellt, welche 5 Tage hintereinander zur Entleerung der in der Tiefe liegenden Eiterherde tiefe Incisionen notwendig machte. Die Heilung ging rasch unter Anwendung starker Pasten, welche direkt auf die blutenden Incisionswunden gethan wurden, in ausnehmend kurzer Zeit von statten.

IX. Der Professor W., welcher an einer rasch um sich greifenden Sykosis, die ihn sogar an der Abhaltung seiner Vorlesungen verhinderte, litt, wandte, nachdem er vorher mit Sublimatumschlägen, verbunden mit Epilationen behandelt worden war, auf mein Anraten Resorcin an. Nach ca. fünf Wochen war er vollständig geheilt.

X. Der Buchdrucker Hermann X. kam am 3. I. 85. mit Herpes tonsurans barbae und beider Handrücken zu mir, an welch letzteren die Affektion dadurch entstanden war, dafs er sich die juckenden Bartstellen mit der Hand gerieben hatte. Nach 6maligem Auflegen von stärkeren Resorcinpasten war jede Spur der Krankheit verschwunden.

XI. Der Rentier August Sp. kam am 4. V. 85. mit einer Mittelform von Herpes tonsurans barbae und Sykosis zu mir. Am 13. desselben Monats nach sechsmaliger Anwendung von Resorcinsalbe wurde er geheilt entlassen.

XII. Der Uhrmacher Wilhelm Sch. wurde vom 30. VII. 85. bis 4. VIII. 85. behandelt und durch viermalige Auflegung einer 80 %igen Salbe von Resorcin imp. von einem handtellergrofsen Herpes tonsurans barbae parasit. befreit.

Bei den verwandten Krankheiten, Pityriasis versicolor, Ekzema marginatum, habe ich dieselben absolut sichern Resultate durch Resorcin zu verzeichnen wie bei Herpes tonsurans und Sykosis parasitaria. Es ist nötig bei Ekzema marginatum auf das Ekzem Rücksicht zu nehmen und lieber mehrmals schwächer prozentuierte Resorcinsalben aufzulegen, während man zur Bekämpfung von reinen Pilz-

wucherungen ohne Komplikation mit Ekzem am Rücken oder Kopf weniger vorsichtig vorzugehen braucht und ganz gut selbst in konzentrierter Form Resorcin. impur. zur Verwendung bringen kann. Nur insofern lege ich Wert auf die Heilung dieser Krankheiten mit Resorcin, als sie beweisen, dafs es ein spezifisches antiparasitäres Mittel für alle derartigen Hautschmarotzer ist und wohl hier und da, weil geruchlos, den starkriechenden Teerpräparaten, welche allerdings bestimmt ebenso gut zum Ziele führen, vorzuziehen ist. Übrigens haben wir in dem Naphthol ein ebenfalls nicht riechendes und die spezifischen Pilzkeime ebenso sicher tötendes Mittel wie in dem teuren Resorcin.

Da Favus hier zu Lande viel zu selten vorkommt, als dafs ein Privatarzt über die Wirksamkeit eines Mittels bei dieser Krankheit in 1½ Jahren sich ein genügendes Urteil verschaffen könnte, will ich nur einen Fall von Heilung des Favus mittels Resorcin, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, anführen.

XIII. Den Schlosserssohn Hermann W., 3 Jahre alt, bekam ich am 29. VIII. 85. in meine Behandlung. Die schwefelgelben Krusten, mit welchen der ganze behaarte Kopf bedeckt war, zeigten die charakteristischen Scutula, in denen ebenso wie in den leicht herausziehbaren Haaren massenhafte Pilzwucherungen mikroskopisch nachzuweisen waren. Nach zweimonatlicher Kur, welche darin bestand, dafs eine 5 %ige Resorcinsalbe mehrmals wöchentlich energisch auf die Kopfhaut eingerieben wurde, konnte das Kind geheilt entlassen werden.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, Resorcin gegen Alopecia areata und Seborrhoea cum defluvio capillorum zu empfehlen, welche Krankheiten möglicher Weise den soeben erwähnten in ätiologischer Beziehung nahestehen. Zu wiederholten Malen, wo ich bei Haarschwund mit oder ohne Schuppenbildung

℞ *Resorcin. pur.* (*sive imp.*) 5,0—10,0
Olei Ricin. 45,0
Spirit. vin. 150,0
Bals. peruv. 0,5
D. S. Mit Flanellappen täglich auf die Kopfhaut einreiben.

verordnete, habe ich beobachtet, dafs nicht nur das Ausfallen der Haare aufhörte, und dieselben nach und nach wieder dichter wurden, sondern auch wie mit einem Schlage das lästige, leise Jucken sistierte.

XIV. Der 51jährige Schaffner Christian H. litt seit 2 Jahren an fortwährendem Jucken der Kopfhaut, hervorgerufen durch ein Ekzem, welches verbunden war mit Defluvium capillorum. Nach nur einmaligem Gebrauche des angeführten Rezeptes hatte sich das quälende Jucken verloren; er konnte wieder nach langer Zeit einmal ruhig schlafen, und jetzt, einen Monat, nachdem er sich in meine Behandlung begeben, bedarf es blofs einer einmaligen Einreibung innerhalb einer Woche, um das Wiederauftreten der Schuppenbildung und das damit verbundene Jucken hintanzuhalten.

Ob nun dem Resorcin allein der Erfolg zuzuschreiben ist, oder ob nicht der Form, in der es gegeben[2], der Preis gebührt, lasse ich dahingestellt. Jedenfalls verdient diese vereinfachte Behandlungsweise den Vorzug vor andern umständlicheren Methoden, da hier die Auflösung der Talgschuppen und der Ersatz des natürlichen mangelhaften (weil festen) Haartalgs durch künstliches geschmeidiges Fett mit einer einzigen Einreibung erreicht wird. An mir selbst habe ich die Annehmlichkeit der so modifizierten Therapie erprobt. Über ein ganzes Jahr habe ich mich, gequält durch unaufhörliches Kopfjucken und geängstigt durch ein ganz bedenkliches Ausgehen meines Haupthaares, wöchentlich mehrmals 1. mit einer scharfen Seife (Teer-, Naphtol-, Sandseife) eingeseift, 2. mit lauem Wasser den Schaum abgespült, 3. mit Spiritus (mit β Naphthol) die Kopfhaut eingerieben, 4. zuletzt Olivenöl (mit Salicylsäure) dick aufgetragen. Diese ganze umständliche Prozedur gewährte nur geringe, kurz andauernde Erleichterung. Seit zwei Monaten wende ich obiges Mittel wöchentlich ein- höchstens zweimal an, und seitdem hat nicht nur das Jucken und der Haarschwund fast gänzlich aufgehört: wir sind auch erfreulicherweise, um in etwas gewagter Bildersprache zu reden, offenbar wieder bei abnehmendem Mondschein angelangt!

In zweiter Linie erscheint mir Resorcin wegen seiner stark adstringierenden (gerbenden, eintrocknenden) Wirkung gegen Hautwucherungen, mögen sie nun spezifischer oder nicht spezifischer Natur sein, Beachtung zu verdienen.

Besonders gegen Condylomata acuminata bewährt sich das Resorcin. Legt man auf eine gröfsere Feigwarze eine 50—80%ige Resorcinsalbe täglich einmal frisch auf, so sind am dritten Tage die üppigen Wucherungen an der Oberfläche derselben schon weifs gefärbt d. h. abgestorben, und man kann mit einer Pinzette eine ziemlich dicke Schicht leicht abziehen. Darunter liegt zwar noch keineswegs eine normale Epidermis, das Blumenkohlgewächs ist noch vorhanden und läfst seine üppigen Granulationen erkennen, aber es ist um so viel flacher und kleiner, als die entfernte Kuppe der Wucherung betragen hat. Man wiederholt nun das Experiment so oft als nötig, und nach kurzer Zeit werden auch mächtige Wucherungen dem Niveau der Haut gleich gemacht und zwar — was die Hauptannehmlichkeit für den Patienten ist: ohne schmerzhafte Ätzung und ohne Messer. — Freilich bleibt die Tendenz zur Wucherung noch längere Zeit bestehen und man mufs deshalb mit einer schwächeren 5—10%igen Salbe nachbehandeln. Eine konsequente Resorcinkur wird stets sicher zum Ziele führen.

---

[2] Die Auflösung von Rizinusöl in Spiritus mit den nötigen wohlriechenden Zusätzen ist ein „bewährtes" Geheimmittel gegen Haarausfall und Schuppenbildung.

Bei dieser Gelegenheit sei nochmals darauf aufmerksam gemacht, dafs es unbedingt geboten ist, bei längerem Gebrauche von konzentrierteren Resorcinpräparaten die gesunde Haut der Umgebung zu schützen. Denn wenn es auch zweifellos ist, dafs normale Haut sich resistenter gegen Resorcin verhält als die entartete, so wird dieselbe, durch längere Zeit der Einwirkung des Resorcins ausgesetzt, ebenfalls stark irritiert: die Epidermis wird sich ablösen, Blasen resp. Pusteln werden sich bilden. So kann man bei unvorsichtiger Anwendung von Resorcin auf die Glans eine regelrechte Balanitis erzeugen. Dieser Übelstand wird leicht vermieden, indem man möglichst viel Watte zwischen Vorhaut und Eichel bringt und aufserdem nur die Kondylome selbst mit Salbe bestreicht.

XV. Der 25jährige Student A. G. litt seit über einem Jahre an kondylomatös entartetem Frenulum, und auch an der Corona glandis hatten sich wiederholt spitze Feigwarzen gezeigt, welche nach Ätzung mit Höllenstein, Ferrum sesquichloratum etc. zwar zurückgegangen waren, aber stets wieder recidivierten, während am Frenulum trotz energischer chirurgischer Eingriffe und Ätzungen die Wucherungen nicht aufhörten. Nach 8 Tagen, während welcher Zeit der Patient sich täglich ein bis zweimal eine 25 %ige Resorcinsalbe auflegte, waren an der Corona glandis die Kondylome für immer beseitigt, während es am Frenulum geboten war, da die Neigung zu Recidiven noch längere Zeit vorhanden blieb, mit einer schwächer prozentuierten Salbe in der Behandlung fortzufahren.

Auch gegen Condylomata lata wirkt das Resorcin vorzüglich. Da ich mit Sublimat im statu nascenti resp. mit Quecksilberpflaster und -salben, verbunden mit einer spezifischen innerlichen Kur, stets bei breiten Kondylomen zum Ziele kam, verwandte ich Resorcin erst später auf Anraten meines Freundes Dr. E. Schmiedt, welcher, als Assistent an der Weberschen innern Klinik in Halle thätig, Versuche mit Resorcin anstellte, und war wirklich erstaunt, wie rasch diese spezifischen Wucherungen durch starke Resorcinsalben beseitigt wurden. Man kann zwischen den Afterfalten ebenso wie am Scrotum, Penis oder am weiblichen Schamteile, ohne Hautreizung befürchten zu müssen, selbst Resorcin impur. in 80 %iger Salbenform dick auftragen, wenn man nur die Verbreitung der Salbe durch Auflegen einer reichlichen Watteschicht auf die Umgebung verhindert. Bei gleichzeitig antisyphilitischer Allgemeinbehandlung werden in spätestens einer Woche bei täglich wiederholter Applikation konzentrieter Salben die breiten Kondylome entweder vollkommen beseitigt, oder dieselben werden wenigstens oberflächlich so gegerbt, dafs sie nicht mehr nässen und sich vermehren können, und ihre vollständige Rückbildung durch die innerliche Behandlung ohne weitere Anwendung von äufseren Mitteln zustande kommen kann.

XVI. Der 22jährige Student August W., welchen ich bereits zu Beginn vorigen Jahres mit Sublimatinjektionen behandelt hatte, kam am 6. VII. 85 mit breiten Kondylomen am After, Hodensack und Penis zu mir. Es bedurfte nur

einer 3maligen Anwendung einer 80%igen Salbe von Resorcin. impur., um die Wucherungen soweit zur Zurückbildung zu bringen, dafs dieselben bei gleichzeitiger Inunktionskur in Verlauf von 8 Tagen vollständig verschwanden.

Auch gegen andre Hautentartungen bei Lupus, Ichthyosis, Lichen, Karcinom etc. habe ich Resorcin mit gröfserem oder geringerem Erfolge angewandt. Doch da mir blofs eine beschränkte Anzahl von Fällen zu Gebote steht, enthalte ich mich jedes Urteils. Bei Psoriasis würde sich Resorcin wohl (namentlich nach den Beobachtungen, welche uns Dr. SCHMIEDT aus der WEBERschen Klinik in Halle mitteilte) in denjenigen Fällen anzuwenden empfehlen, wo eine Idiosynkrasie gegen Chrysarobin und Pyrogallussäure besteht: es wäre danach den bekannten spezifischen Psoriasmitteln vollständig ebenbürtig. Es ist schade, dafs Resorcin in Chloroform unlöslich ist, also nicht wie obige Mittel mit Traumaticin verordnet werden kann, welches so grofse Vorteile vor der Salbe hat. Bei der langwierigen Behandlung dieser sowie andrer Kranheiten, welche zugleich meist über gröfsere Hautflächen sich estrecken, kommt, wenn man Resorcin als Heilmittel zur Verwenduug bringen will, aber noch ein Umstand in Betracht, der besonders was die Armenpraxis betrifft, sehr in Frage zu ziehen ist: das ist der Preis. Von Resorcinum resublimatum purissimum kosten 100 g dem Apotheker selbst 7½ Mark (nach dem Preiskourant von GEHE & Co. in Dresden). Unreinere Fabrikate sind zwar verhältnismäfsig billiger, doch enthalten sie jedenfalls reizende Nebenbestandteile, so dafs sie nur beschränkte Anwendung finden können. Bei akuten Ekzemen oder überhaupt bei leicht empfindlichen Hautstellen wirkt das braune Resorcinum impurum offenbar reizender als das chemisch reine, schneeweifse Präparat. Ersteres kann auf der Kopfhaut, Brust und Rücken und auf durch chronisches Ekzem stark verdickten Hautstellen eher Verwendung finden. Mit Vorteil habe ich es in Verbindung mit Teer nach Art der Wilkinsonsalbe angewendet, z. B. in folgender Form:

℞ *Resorcini impur.* 25,0
Olei fagi 15,0
Sulf. citrin. 100,0
Cretae albae
Sapon. virid. āā 30,0
Vaselin. flav. 50,0
M. f. ungt.

Da man mit homöopathischen Dosen von Resorcin nicht weit kommt, so dürfte sich z. B. am Wiener Krankenhause, wo täglich Dutzende von Skabieskranken eingeschmiert werden, wohl kaum das Resorcin empfehlen, namentlich, wenn man bedenkt, dafs mit einer einmaligen Einreibung einer billigen Naphthol- oder Teersalbe das Übel mit absoluter Sicherheit beseitigt wird. Ebenso dürfte man einfach des Preises der Salben wegen bei einem ausgedehnten und langwierigen

Ekzem nur in Ausnahmefällen Resorcin anwenden, abgesehen davon, dafs man vielleicht (ut exemplum docet) mit einem billigeren Mittel sogar besser zum Ziele kommt.

Auf luetische Geschwüre wirken Hydrargyrumpräparate unzweifelhaft sicherer als Resorcin, wenn auch eine stärkere Salbe einmal als schmerzloses Adstringens bei zu üppiger Granulation mit Vorteil zur Verwendung kommen kann.

Innerlich habe ich Resorcin nicht angewandt. Eine Schlafwirkung durch Resorption von Resorcin habe ich nur in einem einzigen Falle bei einem dreijährigen Mädchen nach den ersten Einreibungen einer 5%igen Salbe auf die Kopfhaut beobachtet, doch verschwand im Laufe der Behandlung diese Erscheinung vollständig. Bei Erwachsenen habe ich trotz der Einreibung von konzentriertesten Resorcinsalben auf grofse Hautflächen niemals die Anzeichen einer Intoxikation gesehen und ich glaube, dafs man in dieser Beziehung bei äufserer Anwendung von Resorcin nicht zu ängstlich zu sein braucht.

58. Naturforscherversammlung von 1885 in Strafsburg i. E.

II.

Mit den in der dermatologischen Sektion gehaltenen Vorträgen, deren ausführlichen Bericht wir in dem letzten Hefte gaben, sind die Beiträge zur Dermatologie, welche der Kongrefs geliefert hat, noch nicht erschöpft. Wir können aus Mangel an Raum die dahingehörigen, aber in andern Sektionen gehaltenen Vorträge nur allmählich publizieren und beginnen mit dem folgenden:

Über Favus.

Von

Dr. Med. H. Quincke,

Prof. in Kiel.

(Vom Autor erweitertes Referat.)

Der Favuspilz, von welchem der Vortragende Reinkulturen zeigte, bildet auf der Oberfläche von Fleischwasserpeptongelatine weifse Schimmelkrusten mit schwefelgelber Unterfläche, welche sich bei weiterem Wachstum in Falten legt. Mikroskopisch besteht der Pilz aus spitzwinkelig verzweigten Fäden, welche schmäler als die von Penicillium sind und deren Querscheidewände etwas weitere Abstände haben als bei diesem. Aufser massenhaften einfachen Gonidien bildet der Pilz auch Makrogonidien. In der Tiefe der Gelatine und unter der Glimmerplatte wächst der Pilz langsamer und unvollkommener. Die Gelatine wird unter Bildung eines

Körpers, der ammoniakähnlich riecht, alkalisch und flüssig. Auf Kartoffeln bildet der Pilz gleichfalls weifse gefaltete Membranen mit gelber Unterfläche. Die Isolierung des Pilzes aus den Favusborken wird durch die zahlreich vorhandenen und schneller wachsenden Schimmelpilze und Kokken erschwert; sie gelingt am besten an ganz jungen Schildchen mit dem Plattenkulturverfahren, oder auch aus Favushaaren im hohlen Objekträger. — Von den Kulturen des Oidium lactis sind die Favuskulturen durchaus verschieden; erstere sind graulich durchscheinend, gehen viel mehr in die Tiefe der Gelatine und verflüssigen dieselbe nicht; sehen auch mikroskopisch anders aus.

In zwei Fällen lag dem Favus ein andrer Pilz zu Grunde, der ebenfalls aus den Schildchen und Haaren rein gezüchtet wurde. Dieser Pilz wächst langsamer, bildet weniger umfangreiche Kolonien, zeigt mikroskopisch breitere Fäden, die sich unter weniger spitzen Winkeln verzweigen, Neigung zu spiraliger Windung zeigen und endständige kugelige Sporenträger bilden (wahrscheinlich eine Mucor-Art).

Kongrefs der italienischen Ärzte in Perugia.

Die italienischen Ärzte haben sich im vergangenen September zur Förderung der Wissenschaft in Perugia versammelt. Ich fasse in grofsen Zügen zusammen, was Interessantes für die Dermatologie und Syphilis mitgeteilt wurde.

Die Doktoren Soffiantini und Coen haben durch ihre Fälle einen neuen Beweis von der Vorzüglichkeit der direkt in die Nates gemachten Injektionen erbracht. Der eine heilte mit Kalomelinjektionen (Scarenzio, Smirnoff), der andre mit Sublimat mit gröfster Promptheit und Energie die Syphilis.

Gallia (Turin) berichtete von einem hereditär-syphilitischen Kinde, welches vom Arzte zur Abnahme der Lymphe benutzt wurde und so seine — bisher nicht deutliche — Syphilis auf 35 Kinder übertrug. Eine beredte Warnung für die Impfärzte, besonders aber für Nichtgeimpfte.

Manassei (Rom) sprach lange über seine bisher erreichten Erfolge in der Dermatotherapie: Er zeigte der Versammlung eine Reihe medizinischer Seifen, welche in Rom von Torti fabriziert sind und in nichts den durch ihre Vorzüglichkeit bekannten Seifen von Beiersdorf in Altona nachständen. Dr. Rasori, Assistent von Prof. Mannasei, hat mir einige Seifen zu Experimenten überlassen, und ich hoffe nächstens Lobendes darüber veröffentlichen zu können.

Scarenzio (Pavia) erzählte einen Fall, wobei eine Hernie des rechten Labium majus eine Entzündung der Bartholinischen Drüse vortäuschte. Er war nahe daran, in diesen leicht möglichen Irrtum der Diagnose zu verfallen.

L. Jullien (Paris), welcher so freundlich war, an unsrer Sitzung teilzunehmen, berichtete über einen Fall von frischer Syphilis mit sehr langer Inkubation und stellte die Frage auf, ob ein hohes Fieber, welches in der Zeit zwischen der Infektion und dem Erscheinen der primären Induration auftrete, die lange Inkubation verursacht haben könnte. Die Erklärungsweisen waren verschiedene, aber alle Anwesenden einigten sich dahin, die Frage zu bejahen.

Tommasoli (Siena) besprach kurz einen Fall von Ichthyosis universalis, welche plötzlich bei einem 12jährigen, sehr schlecht gekleideten und ernährten Mädchen ausbrach, welche als Hirtin täglich allen Unbilden der Witterung ausgesetzt war. In der Diskussion über die Natur der Ichthyosis hielt er entgegen der Meinung einiger neuerer Autoren an der Ansicht fest, dafs die Ichthyosis eine nicht parasitäre, nicht immer erbliche, nicht immer angeborene, nicht immer unheilbare Krankheit sei.

Derselbe teilte alsdann ein neues Ergebnis der Statistik aus der Bologner Klinik mit, betreffend Schankerbubonen. Nach dieser Statistik, von welcher er nur ein Resumé des letzten Decenniums gab, verhielt sich die Häufigkeit der Bubonen in den Monaten April, Mai, Juni zu der Häufigkeit im September, Oktober, November wie 5 : 10. Ist diese neue statistische Thatsache allgemein? Ist sie konstant? Und wenn das der Fall, warum ist es so? Das ist die Frage, welche der Vortragende nicht nur den Anwesenden vorlegte, sondern allen Syphilidologen, damit diese wichtige in Bologna entdeckte Thatsache, die bisher ganz unbekannt war, ihre Erklärung finde.

Dr. Moretti besprach eine neue Krankheit der Unterlippe, welche im Sommer bei den Mähern und Schnittern Mittelitaliens vorkommt, eine Krankheit, deren Diagnose und Pathogenese in der Hauptsache noch darniederliegen.

Dr. Amici riet das Erysipel mit Erfolg mit subkutanen Injektionen entzündungserregender, konzentrierter Lösungen zu behandeln. Man macht dieselben ziemlich weit von der erkrankten Stelle entfernt (26—30 cm). Das entzündliche Erythem, welches durch jene Injektionen hervorgerufen wird, dürfte eine undurchdringliche Barriere für die Mikroben des Erysipels sein.

Im Anschlufs daran erzählte Prof. Caselli (Genua), wie man das Gesicht bei Variola schützt, indem man, gerade wenn die Pocke beginnt, sie mit Jodlösungen bedeckt.

Siena. Tommasoli.

Von der Ausstellung zu Kopenhagen.

Mit 11 Abbildungen.

Piffards Instrumente zur Behandlung der Strikturen der Fossa navicularis.

Seit Otis auf die Wichtigkeit auch der geringeren Kaliberschwankungen im vorderen Teil der Urethra mit Nachdruck hingewiesen hat, ist die Häufigkeit dieser vorzugsweise im Bereich der Fossa navicularis sitzenden Strikturen von allen Ärzten mehr und mehr anerkannt. Piffard, der eine sehr grofse Anzahl derselben beobachtete, konstruierte zu ihrer rationellen Behandlung einen ganzen Satz von Instrumenten bereits vor 16 Jahren, der, da er vielen deutschen Lesern wohl noch unbekannt sein dürfte, im folgenden genauer beschrieben werden soll.

Da diese fossalen Strikturen innerhalb eines Abschnittes der Urethra von $3^1/_2$—4 cm von der Harnröhrenmündung rückwärts sich finden, genügt für die Instrumente insgesamt eine Länge von 5 cm. Dieselben tragen die Bezeichnungen der amerikanischen Skala, d. h. die Nummern geben die Länge des Durchmessers in Millimetern an, multipliziert mit 2 (z. B. Nr. 20 entspricht einem Durchmesser von 10 mm).

Zur raschen Eruierung des Kalibers der Harnröhrenmündung dient der Meatometer (Fig. 45), eine stählerne, vernickelte, 5 cm lange,

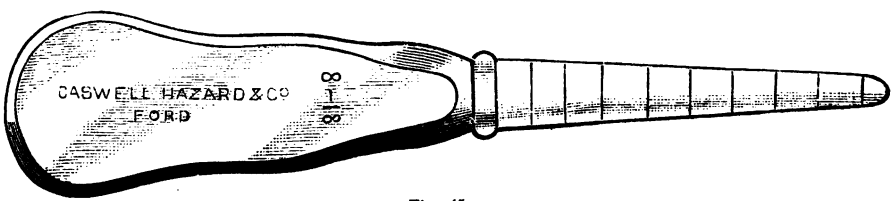


Fig. 45.

konisch zugespitzte Sonde, deren Spitze Nr. 11, deren Basis Nr. 20 entspricht und auf der die zwischenliegenden Nummern durch Striche markiert sind.

Dieselbe wird soweit als möglich eingeführt, und ergibt sofort die Weite der Mündung. Wenn diese normal erscheint, führt man die

Fig. 46.

fossale Sonde à boule (Fig. 46) ein, deren Nummer der soeben gefundenen Weite der Harnröhrenmündung entspricht. Wenn diese Sonde

auf keinen Widerstand stöfst, wendet sich Piffard zur Untersuchung der tieferen Urethralpartien und incidiert nicht — wie Otis — die Harnröhrenmündung, um die Einführung dickerer Istrumente zu gestatten. Andernfalls wird durch eine schwächere Nummer der knopfförmigen Sonde das Kaliber und die Länge der Striktur erforscht. Dazu dient ein Satz derselben von 10 bis 24.

Die Heilung der Striktur wird dann durch Dilatation, Incision oder Elektrolyse bewirkt. Die Dilatation wird mit 6 verschiedenen stählernen, vernickelten, konisch zulaufenden Sonden (Fig. 47)

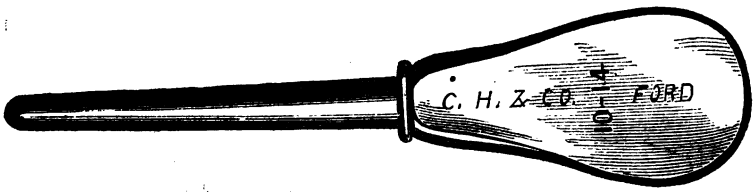


Fig. 47.

ausgeführt, deren Nummern successive von 10—14, 12—16 . . . bis 20—24 gehen.

Für die Incision verwirft Piffard das Instrument von Civiale als zu unberechenbar in seinem Erfolge. Er acceptiert das gerade

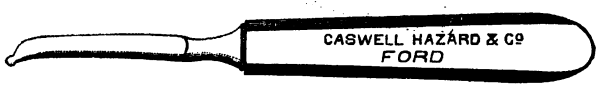


Fig. 48.

Messer von Otis mit dem Unterschiede, dafs die schneidende Ecke nicht konvex abgerundet, sondern stumpfwinkelig zugeschärft ist (Fig. 48).

Für solche Pat., welche die offene Handhabung eines Messers scheuen, hat Piffard ein Urethrotom mit verdeckter Klinge konstruiert (Fig. 49).

Fig. 49.

Die Striktur wird erweitert, bis das Urethrotom eben hindurchgeht, dann mittels der Civialeschen Vorrichtung am Griffe auf die gewünschte gröfsere Weite (19—22) eingestellt und rasch zurückgezogen. Wenn der Pat. auf diese Weise von der Geringfügigkeit der Operation überzeugt ist, erlaubt er meist eine eventuelle Vollendung derselben mit dem sicherer arbeitenden geradeckigen Messer. Eine stärkere Blutung wird durch Einführung einer fossalen Sonde leicht gestillt.

Endlich gehören zu diesem Satz ein paar fein gearbeitete elfenbeinerne Endoskope, sog. Meatoskope (Fig. 50), ein sehr rein-

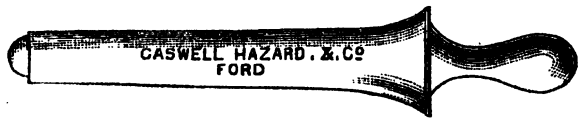


Fig. 50.

liches, für deutsche Begriffe allerdings unnötig teueres Material.

Die Piffardschen Instrumente stammen aus der renommierten Fabrik von Caswell, Hazard & Co. (Ford) New-York.

Im Anschlusse an diese Instrumente sei ein sehr einfacher Dilatator (Fig. 51) erwähnt, den ich vor einigen Jahren anfertigen liefs, um bei verengter Urethralmündung die Passage dickerer Salbensonden (s. diese *Monatshefte.* 1884. No. 11) zu ermöglichen. Das Instrument hat die Form eines kleinen Handschuhweiters und ist von hartem Buchsbaum-

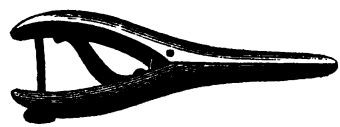


Fig. 51.

holz gedrechselt. Unmittelbar vor der Sondeneinführung, wird es eingeölt in die Urethra so weit als möglich vorgeschoben und dann die Erweiterung durch langsames, schubweises Anziehen der den Griff überbrückenden Schraube bewirkt. Man kann dieses unschuldige Instrument dem Pat. auch selbst zu öfteren häuslichen Gebrauche in die Hand geben. Es ist bei Bolte Nachf. (Hamburg) vorrätig.

Instrumente vom Instrumentenmacher Schwabe (Moskau).

Sämtliche Instrumente dieses Fabrikanten zeichnen sich durch besondere Sauberkeit und Leichtigkeit aus. Sie sind aus einem einzigen Stücke Stahl gearbeitet und vernickelt. Ein Satz von 6 Messern von Schwabe hat sich mir im letzten Jahre vorzüglich bewährt. Sie sind sehr leicht zu desinfizieren und verwöhnen den Operateur durch ihre federleichte Handhabung. Die folgenden Abbildungen geben einen Begriff von der zierlichen und doch soliden Konstruktion dieser Instrumente.

Dieselbe Firma stellte ein ebenfalls ganz stählernes Endeskop (Fig. 58) aus, welches an seiner Aufsenwand eine feine Röhre trägt, die erlaubt, das eingestellte Gesichtsfeld der Urethra mittels einer auf die

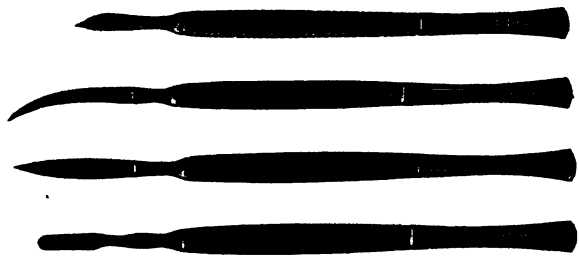


Fig. 52—55

Fig. 56.

Fig. 57.

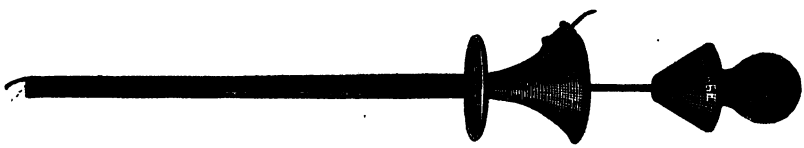


Fig. 58.

vordere Öffnung der Röhre gesetzten Injektionsspritze unter Kontrolle des Auges mit Flüssigkeiten zu behandeln. UNNA.

Referate.

I Bacilli dell' ulcera molle, del Prof. PRIMO FERRARI. Communicazione preventiva all' Accademia Gioenia, selecta 26 Luglio 1885. (*Atti dell' Accademia Gioenia di Scienze Naturali in Catania.* Serie III. Vol. XVIII.) In dieser Arbeit greift der Verfasser auf eine früher gemachte Mitteilung[1] zurück, deren Inhalt er in folgender Weise resumiert:

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Sekretes von Ulcus molle (mit Hartn. Oc. 3, Obj. imm. 1/15) fand er, dafs einzelne Epithel- und Eiterzellen in ihrem Protoplasma 10—30 und mehr Bacillen enthielten, die zuweilen

[1] *Gazzetta degli Ospedali.* 1885. Nr. 45 u. 46.

auch in den Kern eingedrungen waren, ferner, daſs das Protoplasma einiger dieser Zellen fast zerstört und durch Anhäufungen von Bacillen ersetzt war.

Verfasser hat seither seine Studien fortgesetzt, indem er das Sekret weicher Schanker und ulcerierter Bubonen und zur Kontrolle dasjenige andrer geschwüriger oder katarrhalischer Prozesse untersuchte. Zu diesem Zwecke wurde das Ulcus gewaschen und abgewischt und dann durch Aufdrücken eines Objektträgers eine Flüssigkeit gewonnen, die über der Flamme getrocknet wurde. Hierauf wurde mit einer schwachen Methylviolettlösung eine Stunde lang gefärbt, in reinem oder schwach mit Salpetersäure angesäuertem Wasser ausgewaschen und in Damarharz oder Kanadabalsam eingeschlossen. Die Untersuchung geschah mit Zeiss Oc. 4, Obj. Ölimm. $^1/_{12}$.

Dabei konstatierte der Verfasser, auſser der Bestätigung seiner frühern Befunde: 1. daſs die Bacillen viel kleiner als diejenigen der Tuberkulose, Syphilis und Lepra waren; 2. daſs sie in den Geschwüren bis zur Heilungsperiode gefunden wurden; 3. daſs sie in den Bubonen während der ersten 48 Stunden und länger fehlten, aber später bis zum Eintritt der Heilung vorkamen, und 4. daſs neben den angeführten Bacillen häufig zahlreiche Mikrokokken von verschiedener Gröſse, meist in Ketten angeordnet, sich vorfanden, welche zuweilen ins Innere der Kerne eingedrungen waren.

Verfasser schlieſst auf die Spezifizität dieser Bacillen, weil sie bei andern katarrhalischen und ulcerösen Prozessen fehlen, dagegen auch bei der, dem ulcus molle konsekutiven Adenitis vorhanden sind, und weil ihre Gegenwart mit der Kontagiosität des Ulcus und des ulcerösen Bubo zeitlich zusammenfällt. Letzteres Verhältnis wird noch des nähern erörtert. Verfasser kommt dabei zum Schlusse, daſs eine höhere Temperatur auf die Entwickelung dieser Bacillen hemmend einwirkt und ihre Vermehrung nach Eröffnung der Abcesse der Abkühlung durch die äuſsere Luft zuzuschreiben ist.

Weitere Versuche betr. Reinkulturen und Inokulationen werden in Aussicht gestellt. Die Arbeit ist von einer Tafel begleitet, welche die bacillenhaltigen Zellen darstellt.

Hamburg. Dr. Lutz.

Der Bacillus der Balano-Postitis. Vorläufige Mitteilung von Dr. L. Mannino. (*L'Ingrassia.* Jahrg. I. Nr. 5. Palermo.) In 30 Fällen von einfacher Balano-Postitis hat die mikroskopische Untersuchung eine sehr groſse Anzahl von Bacillen von $^1/_2$—1 μ Länge entdecken lassen. Viele von ihnen waren auſserhalb der Epithel- und Eiterzellen, sehr wenige innerhalb der Eiterzellen, sehr viele hingegen innerhalb der Epithelzellen. Andre Bacillen, in Gruppen vereint, bald mehr, bald weniger zahlreich, zeigten sich gerade und 0,2 μ gröſser. Die Eiterzellen waren klein und verunstaltet, gröſstenteils bis auf die Kerne verkleinert, nur wenige regelmäſsig. Auſserdem zeigten sich auch mehr oder weniger lange aber wenig zahlreiche Spirillen.

Er schloſs, daſs die Balano-Postitis keine Verwandtschaft mit der Blennorrhöe hat und daſs es daher zwei verschiedene Krankheiten sind. Bei der Blennorrhöe finden sich die Neisserschen Gonokokken, während bacilläre Formen dabei fehlen; umgekehrt finden sich die letzteren ausschlieſslich bei der Balano-Postitis.

Technik, wie die Bacillen gefunden wurden: Eine bestimmte Menge Eiter wurde auf ein Deckglas gestrichen und langsam über einer Spirituslampe getrocknet. Darauf wird das Deckglas 5 Minuten in einer konzentrierten Fuchsinlösung gefärbt (2 Tle. 50—60 ° warmes Wasser auf 1 Tl. alkoholische Fuchsinlösung). Darauf Waschen in verdünntem Alkohol, Trocknen und Einlegen in Kanadabalsam. So kommen die Präparate unter das Mikroskop. (Nachet Okular Nr. 1, Objektiv mit Immersion Nr. 9.)

Bologna. Pietro Gamberini.

Über Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute, von Dr. Jürgens. (*Charité-Annalen.* X. Jahrg.) Die Frage des Zusammenhangs der Syphilis mit der Tabes, die in der letzten Zeit vielfach ventiliert ist, hat den Verfasser Veranlassung gegeben, 5 ausgezeichnete Fälle von Syphilis des Rückenmarks zu veröffentlichen, indem er glaubt, dafs zur Lösung jener wichtigen Frage die statistischen Erhebungen und klinischen Untersuchungen allein nicht ausreichen, sondern dafs zur Einsicht in das Wesen der syphilitischen Erkrankung des Rückenmarks die pathologisch-anatomischen Untersuchungen, die bis jetzt nur spärlich vorhanden sind, beitragen müssen. Im grofsen und ganzen zeigen die syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und seiner Häute dieselbe Mannigfaltigkeit wie die des Gehirns und der Hirnhäute; nur die Pachymeningitis externa spinalis syphilitica unterscheidet sich wegen ihrer besonderen anatomischen Beschaffenheit von der Pachymeningitis externa cerebralis. Die Prozesse, welche sich an der Innenfläche der zarten Häute abspielen, sowie alle syphilitischen Prozesse am Rückenmark selbst, an der Pia spinalis, an den Gefäfsen und den Nervenstämmen, zeigen ganz dasselbe pathologische Verhalten, wie diejenigen des Gehirns und seiner Adnexa. Die meningealen und myelitischen Prozesse dieser Art zerfallen, wie die syphilitischen Affektionen andrer Organe, in die beiden bekannten Hautgruppen Virchows: in die einfach hyperplastischen und in die spezifisch gummösen Krankheitsformen. Von den 5 veröffentlichten Fällen gehören die beiden ersten der ersteren Gruppe, die 3 andern der zweiten Gruppe an. Unmöglich kann ich hier die genauen Obduktionsberichte der 5 Fälle anführen, sondern verweise auf das Original, nur möchte ich hier hervorheben, dafs in allen Fällen die Erkrankungen der Rückenmarkshäute im Hals- und Brustteil bedeutend stärker waren, als im Lendenteil, und dafs der Verf. bei der kongenitalen Syphilis nie eine isolierte Erkrankung des Rückenmarks, sondern nur fortgeleitete Prozesse vom Schädel oder seinen Häuten beobachtet hat. Wenn auch diese letztere Auffassung nach des Verf. Ansicht in so weitem Sinne nicht für die Syphilis der Erwachsenen gilt, so scheint es doch Thatsache zu sein, dafs ein ähnlicher Modus der Erkrankung auch bei Erwachsenen fast die Regel ist, deshalb glaubt der Verf., dafs, falls weitere Beobachtungen dies bestätigen sollten, in der descendierenden Ausbreitung der syphilitischen Erkrankung des Zentralnervensystems ein sehr wichtiger Gegensatz gegenüber den ascendierenden Erkrankungen des Rückenmarks wie der Tabes dorsalis gegeben sein würde. Im übrigen stimmt der Verf. mit andern Autoren darin überein, dafs die Syphilis des Rückenmarks stets den Charakter einer diffusen entweder einfachen, oder multiplen Herderkrankung an sich trägt, dafs ferner das Vordringen der Infektion durch Dissemination des Virus an den Oberflächen der Häute stattfindet, und dafs erst später die tiefer gelegenen Abschnitte der Rückenmarkshäute und gewöhnlich zuletzt erst die interstitiellen Gewebe des Markes selbst betroffen werden. Was ferner die Gefäfserkrankung im Gefolge der syphilitischen Prozesse im Körper überhaupt, besonders aber im Zentralnervensystem betrifft, so unterscheidet sich die einfache hyperplastische Form der Arteritis deformans syphilitica durch nichts von gewissen Formen der gewöhnlichen chronischen Arterienerkrankung. Derartige bleibende Veränderungen am Gefäfsapperat haben für abgelaufene syphilitische Prozesse grofsen diognostischen Wert. Der Verf. teilt schliefslich die syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks ein in:

1. syphilitische Erkrankungen der Rückenmarkshäute:
   a. Pachymeningitis et Arachnitis spinalis chronica, fibrosa syphilitica;
   b. Pachymeningitis et Arachnitis spinalis fibrosa et gummosa.
2. Syphilitische Erkrankungen des Rückenmarks und der Nervenwurzeln:
   a. Myelitis interstitialis chronica fibrosa diffusa syphilitica;
   b. Myelitis interstitialis fibrosa et gummosa;
   c. Neuritis et Perineuritis spinalis fibrosa et gummosa.

Berlin. L. Hoffmann.

Prof. MENDEL hat in der Sitzung vom 1. Juli d. J. in der med. Gesellschaft zu Berlin einen Vortrag über **Syphilis und Dementia paralytica** gehalten, worin er hervorhebt, dafs, so diametral entgegengesetzt noch die Anschauungen über diesen Gegenstand sind, doch eine Anzahl von Psychiatern mit ihm an einen Zusammenhang von Syphilis mit Dementia paralytica festhalten und zwar gestützt auf die statistischen Angaben. MENDEL will nun, da die Statistiken je nach den verschiedenen Anstalten, ob z. B. Wohlhabendere oder Ärmere sich darin befinden etc., ziemlich ungleichmäfsig ausfallen, noch auf andre Weise den Zusammenhang beider Erkrankungen erklären. Bindet man nämlich einen Hund auf einer Tischplatte fest, so dafs er mit dem Kopf an der Peripherie der Tischplatte sich befindet, und versetzt diese nun mittels einer Kurbel in Drehung, so geht der Hund bei 120 — 130 Drehungen in der Minute nach 25—30 Minuten zu Grunde. Dreht man das Tier aber nur 8—9 Minuten mit geringerer Geschwindigkeit (100—110 mal) und setzt die Drehungen 14 Tage lang mehrmals täglich fort, so bekommt der Hund Erscheinungen einer Hirnkrankheit, die dem Bilde der Dementia paralytica vollkommen entsprechen, und auch der Sektionsbefund entspricht dem, was man in der Regel bei progressiver Paralyse findet: Pachymeningitis, Arachnitis chronica adhaesiva, Hydrocephalus internus und interstitielle Encephalitis corticalis. Wird nun bei Tieren eine gröfsere Durchlässigkeit der Gefäfse erzeugt, was man durch Injektionen von Sublimat erzielen kann, so gehört eine viel kürzere Zeit und viel weniger Drehungen dazu, um bei ihm dieselben krankhaften Erscheinungen hervorzurufen. MENDEL folgert hieraus, dafs beim Menschen wahrscheinlich zuerst eine Erkrankung der Gefäfse stattfindet, wodurch sie durchlässiger werden und dafs dann durch hinzugetretene aktive Hyperämien ein Austritt von Blutkörperchen und weiterhin Entzündungen im interstitiellen Gewebe hervorgerufen werde, und nimmt an, dafs in einer Reihe von Fällen die Gefäfserkrankung durch Syphilis hervorgebracht wurde. Keineswegs behauptet er aber, dafs in allen Fällen die Syphilis zu dieser Gefäfserkrankung Veranlassung gibt, sondern es können noch verschiedene andre Momente, wie Nikotin, Alkohol, Quecksilber etc. prädisponierend wirken. Von einer antisyphilitischen Therapie hat er jedoch bei dem Leiden keinen Erfolg gesehen. — Bei der an diesen Vortrag sich anschliefsenden Diskussion spricht sich WESTPHAL entschieden gegen diese Annahme des Zusammenhangs der Dementia mit Syphilis aus, indem er behauptet, dafs bis jetzt in keinem Falle die Sektion irgend welche syphilitische Affektionen im Gehirn ergeben hat und man die Gefäfserkrankung allein nicht für eine syphilitische halten kann.

Berlin. L. HOFFMANN.

Syphilitische Nekrose des Atlas, Heilung von Dr. FISCHER. (*Deutsche Zeitschr. für Chirurgie.* 22. Bd. 3. u. 4. Heft.) Der Verfasser berichtet über einen 25jährigen Patienten, der im April 1879 ein Ulcus durum acquirierte, das nach fünf- bis sechswöchentlicher Allgemeinbehandlung geheilt war; am 24. Oktober desselben Jahres kam er in die Behandlung von FISCHER, war sehr abgemagert, mit fahler kachektischer Gesichtsfarbe, fortwährend hüstelnd, reichliche, dicke, grüngelbe Sputa expektorierend. Die Sprache war mühsam, kaum noch verständlich; er bot auf den ersten Eindruck das Bild eines hochgradigen, der Auflösnng nahen Phthisikers dar. Die Untersuchung ergab an den Lungen nichts; dagegen zeigte sich bei der Inspektion des Halses folgendes. Der weiche Gaumen war stark gerötet, dick infiltriert, etwa bis zur Dicke eines kleinen Fingers und derb, lederartig anzufühlen; derselbe hing starr und unbeweglich in die Rachenhöhle herab. Die hintere Rachenwand war, soweit sichtbar, in ein grofses, dick, speckig belegtes Geschwür von gelbgrauer Farbe umgewandelt, dessen untere Grenze bis etwas über die Zungenbasis hinabreichte, dessen obere Grenze nicht festzustellen war. Die seitlichen Partien der Rachenhöhle, Arcus glossus, Pharynx u. s. w. waren stark gerötet;

nach unten setzte sich die Rötung bis auf den Kehlkopfeingang fort, während das Innere desselben durchaus normal war. Die Haltung des Kopfes war steif; jede Drehbewegung im hohen Grade beschränkt, resp. erregte heftige Schmerzen im Genick; auch Nickbewegungen konnte Patient nur in sehr geringem Umfange ausführen. Die Nackenmuskeln waren stramm gespannt, als harte Stränge vorspringend; dazwischen fanden sich beiderseits am Halse herunter sehr dicke, infiltrierte Drüsenpakete, ebenso geschwollene Inframaxillar-Supraclavikular- und Kubitaldrüsen. Nirgends auf der Haut Ausschlag. Therapie: Schmierkuren, örtliche Gurgelungen mit Sublimatlösung und energische Ätzungen des Rachengeschwürs mit Arg. nitr. fus. zweimal wöchentlich mittels des Weber-Lielschen Ätzmittelträgers. Danach baldige Besserung. Nach 14 Tagen Aussetzen der Schmierkur wegen Salivation, dafür Jodkali und Ol. jecor. (8. November). Die Nackensteifigkeit blieb aber, während die übrigen Erscheinungen sich besserten, und es wurde Ung. Kal. jod. und innerlich Hydr. jod. flav. verordnet (6. Dezember). Am 11. Februar wurde ein Knochenstück ausgehustet, welches sich als der ganze vordere Bogen des ersten Halswirbels herausstellte. Von da ab ging die Heilung rasch vorwärts, nach zwei bis drei Wochen war das Rachengeschwür vollständig übernarbt und die Beweglichkeit nach allen Richtungen wieder hergestellt. Weitere Recidive traten nicht auf. Der Fall hat insofern Interesse, als syphilitische Nekrosen der Halswirbel meistens lethal verlauten.

Berlin. L. Hoffmann.

Ein Fall von Emphysema subcutaneum totale, von Dr. P. Moschner. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1885. No. 38.) Ein 63jähriger Blattsetzmeister fiel in der Nacht vom 2. zum 3. Osterfeiertage in stark angetrunkenem Zustande in einen 2 m tiefen, von Steinen und Wasser erfüllten Graben, so dafs er auf dem Antlitz liegend gefunden wurde. Ohne über Schmerzen zu klagen, ging er nach Hause, doch nach zwei Stunden stellten sich Brustschmerzen mit starker Atemnot und heftige Delirien ein. Als der Verf. den Patienten um $^3/_4$4 Uhr früh sah, fand er, dafs sich am ganzen Körper, vom Kopf bis zur Zehenspitze, nichts als Luft nachweisen liefs, dabei grofse Aufregung, starke Delirien. Überall lauter tympanitischer Perkussionston; die Augenlider beiderseits kistenartig aufgetrieben; die Augen können nicht geöffnet werden. Vom Hals und seinen Konturen ist nichts zu sehen, vielmehr geht vom Wangenfortsatz aus die seitliche Gesichtsbegrenzung direkt in die Schulterwölbung über. Der Thorax ist von einen mehrere Zentimeter starken Luftgange umgeben, das Abdomen trommelartig aufgetrieben. Der Hodensack mannskopfgrofs; Penis um das doppelte vergröfsert. Überall starkes Emphysemknistern zu fühlen; äufsere Verletzungen nirgends zu konstatieren, dagegen an der 3. Rippe eine Fünfmarkstück grofse schmerzhafte Stelle. Nachdem durch stündliche Dosen von 1 g Chloral und Eisblase auf die linke Brusthälfte der Patient beruhigt wird, werden um 9 Uhr früh mit einem etwa bleistiftstarken Troicart links und rechts auf dem Thorax 8—9 Punktionen gemacht, wobei viel Luft unter Zischen entweicht. Mit einem schwächeren Troicart wurde das Scrotum punktiert; am Abend noch einige Punktionen am Thorax. Nach vier Tagen war das Emphysem von Kopf und Gesicht fast vollständig verschwunden, am Hals, Thorax und Extremitäten noch etwas vorhanden; die Palpation ergibt jetzt eine Infraktion der 2. und 3. Rippe links, ebenso eine Infraktion der linken Spina scapulae. Bei der Auskultation fand man einen rechtsseitigen Pneumothorax und eine bis zur Mitte der Scapula hinaufreichende linksseitige Pleuritis. Nach ca. 12 Tagen war das ganze Emphysem geschwunden.

Berlin. L. Hoffmann.

Bemerkungen zum Lichen planus, von Dr. A. Weyl. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1885. Nr. 36. Das Vorkommen des Lichen planus an der

glans penis, sowie an der Lippen-, Wangen-, Zungen- und Rachenschleimhaut lassen es nach des Verf. Ansicht als sehr wahrscheinlich erscheinen, dafs der anatomische Sitz dieser Krankheit in seinem Beginn weder mit Erkrankung der Haarbälge (Auspitz), noch mit der der Schweifsdrüsen (J. Neumann) in Beziehung steht. Die ersten anatomischen Veränderungen der Haut beim Lichen planus sollen darin bestehen, dafs in 1—2 Papillen die Kapillarenlumina bedeutend breiter werden, und dafs die Kapillaren selbst einen mehr geschlängelten Verlauf haben. Es sind so die Papillen fast nur aus den verbreiterten Kapillaren gebildet, die in einer ganz geringen Menge von in netzförmigen Maschen angeordneten feinen Bindegewebsfasern mit einer Anzahl von Bindegewebszellen liegen. Es findet dann eine Zunahme der Dicke des Rete statt und zwar in gröfseren und konfluierten Plaques in verschiedener Stärke und Ausdehnung. In dem verdickten Rete verlaufen die Ausführungsgänge der Schweifsdrüsen; nicht immer ist eine Zunahme der Granulationsschicht verbunden. Die Lichenplaques bestehen aus einer verschieden grofsen Anzahl mehr oder minder starker Reteverdickungen; zwischen diesen Verdickungen ist das Rete bedeutend verdünnt. Das Corium in den Lichenplaques ist in ein feinmaschiges Bindegewebsnetz, in welchem eine Menge feiner elastischer Fasern verlaufen, umgewandelt; in den Maschen sind reichliche Bindegewebszellen. Klinisch beginnt der Lichen mit Hyperämie in den Papillen, weiterhin gesellen sich Veränderungen im Rete hinzu, die in einer Verbreiterung desselben nach unten bestehen, wobei eine Anzahl von Papillen zur Abflachung resp. Schwunde kommt. Dadurch entsteht die Delle; daher auch die Erklärung des Vorkommens an den Schleimhäuten. Die Vermehrung der Granulationszellen in der Reteverdickung ist der Grund des Auftretens der weifsen Punkte in den gröfseren Lichenknötchen. Durch Verschmelzung der einzelnen Knötchen, die im Corium nur diffuse Begrenzung haben, kommt es zu Lichenplaques, die den krankhaften Prozefs in verschiedenen Stadien im Rete sowie im Corium zeigen; die bläulich violette Farbe derselben ist durch die venöse Hyperämie zu erklären. Verf. will in mehreren Fällen Lichen planus nicht nur bei Individuen beobachtet haben, die vorher spezifisch infiziert waren, sondern er fand in einem Falle eine frische syphilitische Infektion. Therapeutisch empfiehlt er in der ersten Zeit Sol. Fowl.; bei infiltrierten Plaques aber (2,0 einer 1 % Natr. arsenic.-Lösung, dazu. 3% Ac. carbol. per diem) subkutan. Gegen das Jucken Naphthol 1,0—2,0, Spir. rect. 90,0, Glycer. 10,0.

Berlin. L. Hoffmann.

Ichthyol, von Lorenz. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1885. No. 36.) Das Ichthyol oder richtiger die Salze der Ichthyolsulfonsäure, sagt der Verf., werden aus einem stark schwefelhaltigen Mineralöle hergestellt, welches man aus einem bituminösen Kalkschiefer gewinnt. Das Öl ist vollkommen durchsichtig, von braungelber Farbe und meergrüner Fluoreszenz, hat 0,865 spez. Gew. und siedet zwischen 100 und 225°. Die Analyse ergab Kohlenstoff = 77,25, Wasserstoff = 10,52, Schwefel = 10,72, Stickstoff = 1,10. Der Schwefel ist mit dem Öle innigst verbunden. Durch Behandlung des Öles mit konzentrierter Schwefelsäure wird dem Öle eine nicht unbedeutende Menge Schwefel und Sauerstoff zugeführt und es entsteht so die Ichthyolsulfonsäure. Dadurch wird eine in Wasser lösliche, resorbierbare Verbindung erzeugt, und in dieser Löslichkeit in Wasser scheint der Schwerpunkt der therapeutischen Wirksamkeit der Ichthyolpräparate zu liegen. Die Ichthyolsulfonsäure ist von grünschwarzer Farbe, sirupartiger, fadenziehender Konsistenz und eigentümlich strengem Geruch. Bisher sind folgende Salze daraus dargestellt:

Ichthyolsulfonsaures Natrium,
„ Kali,
„ Ammonium.

Die beiden ersten Salze bilden eine braune, sehr dickflüssige Paste, das Ammoniumsalz ist dünnflüssiger; alle drei Salze sind in Wasser vollkommen und leicht löslich, das letztere am leichtesten und schnellsten. Bei der inneren Darreichung werden des Geschmackes wegen Pillen oder Kapseln vorgezogen und hierzu eignet sich das Natron oder Kalisalz des geringen Wassergehaltes wegen besser; auch zur Darstellung der Ichthyolseife (9 Teile überfettete Grundseife, 1 Teil sulfoichthyolsaures Natron — Unna) wird das Natronsalz verwendet, während Ichthyolwatte und -pflaster mit Hilfe des Ammoniumsalzes angefertigt wird; im übrigen wird das letztere Salz in allen äufserlichen Fällen gebraucht. Die 5—10 % Lösungen des Ammon. sulfoichthyol. in 30 % alkoholätherischen Lösungen haben sich dem Verf. bei rheumatischem und nervösem Kopfweh, Hexenschufs, Rheumatismen, auch bei Kontusionen bewährt. Bei äufserer Anwendung bei Hautkrankheiten empfiehlt Verf. als Vehikel Wasser einerseits oder Alkohol und Äther aa anderseits, aufserdem auch als Vaselinsalbe es anzuwenden. Als Geruchskorrigens kann man einige Tropfen Alkohol, in welchem Vanillin und Kumarin zu gleichen Teilen gelöst ist, hinzufügen; dieselbe Tinktur könnte auch zum Teil als Geschmackskorrigens dienen.

Berlin. L. Hoffmann.

Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, von Prof. Dr. Ed. Lang, Vorstand der syphilidologisch-dermatologischen Klinik an der Universität in Innsbruck. — II. Hälfte, 1. Abtheilung. — Mit Holzschnitten. — Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1885.

Der am Schlufs der Besprechung der ersten Hälfte dieses Buchs ausgesprochene Wunsch, der Autor möge seinem gediegenen Werke bald den zweiten Teil folgen lassen, hat sich rasch erfüllt, und wir begrüfsen das Erscheinen des zweiten Bandes mit Freuden. Was die Vorzüge des Langschen Buchs anbelangt, so zeigen sich dieselben auch in dem vorliegenden Bande in ebenso hervorragender Weise, wie im ersten Teile. Wir können in dieser Beziehung blofs auf das bereits einmal gesagte verweisen und heben nur noch im allgemeinen, ehe wir uns zu einer eingehenderen Besprechnng des reichen Inhalts wenden, folgendes hervor: Der zweite Teil, welcher von den Lokalisationen der Syphilis in den einzelnen Organen handelt und sich als spezieller Teil an die Pathologie der acquirierten Syphilis des ersten Bandes anschliefst, stellte in mancher Beziehung noch höhere Anforderungen an den Autor als der bereits publizierte Teil des Werkes. Bei dem unendlich reichen Material, welches die pathologische Anatomie und die klinische Beobachtung der Lehre von der Organsyphilis, insbesondere in den letzten zwei Dezennien, lieferte, gehört gewifs eine innige Vertrautheit mit der umfangreichen, leider besonders in früherer Zeit zerstreuten Fachlitteratur dazu, um dem Leser und Schüler einen klaren Überblick über den heutigen Stand dieser Seite unsrer Doktrin zu verschaffen. Diese Aufgabe hat der Autor in ganz vorzüglicher Weise gelöst. Von den ältesten Publikationen, also von jener Zeit ab, wo durch Dittrichs und namentlich Virchows bahnbrechende Forschungen auf diesem Gebiete die Grundlage zu unsrem heutigen Wissen über Organsyphilis gelegt wurde — bis auf die Publikationen der letzten Jahre, ja Monate, hat der Autor gewissenhaft und kritisch alles zusammengetragen, was nur irgend Anspruch auf Beachtung hatte. Jedoch noch eine andre Seite ist es, welche dieser Partie des Langschen Buchs einen bleibenden Wert verleiht: es ist dies die Vertrautheit und ausführliche Behandlung der histologischen Seite der ganzen Lehre, auf welche Behandlung gewifs mit vollem Recht heutzutage ein grofser Nachdruck gelegt werden mufs. Ist es schon heute unumgänglich notwendig, dafs der Lehrer dieses Fachs sich selbst viel mit histologischen Studien in dieser Richtung abgibt, so mufs es anderseits als ein grofser Vorzug eines Lehrbuchs

betrachtet werden, wenn dasselbe den Resultaten pathologisch-histologischer Untersuchungen auf diesem Gebiete eine eingehende Berücksichtigung angedeihen läfst. Auch für den Schüler ist ja ein eingehendes Verständnis der komplexen Lokalisationsprozesse der Syphilis ohne Kenntnis der ihnen zu Grunde liegenden feineren anatomischen Vorgänge unmöglich. Es mufs dieses Verdienst Langs umsomehr hervorgehoben werden, da aufser dem Buche Kaposis keins der neuern Lehrbücher in dieser Richtung den neuesten Anforderungen entspricht. So kam es, dafs sich dann Ärzte sowie auch Schüler erst in den speziellen Werken über pathologische Anatomie Rat holen mufsten. Diesem Mangel hat Lang durch eine lichtvolle Darstellung der feineren anatomischen Prozesse bei den einzelnen Lokalisationen der Organsyphilis glücklich abgeholfen. Es sei uns nun gestattet, auf einige Details des Werkes einzugehen.

Gleich der erste Abschnitt des speziellen Teils, die Beschreibung der syphilitischen Erkrankungen der Verdauungsorgane, zeichnet sich durch eine klare und eingehende Darstellung aus. Beginnend mit den Erkrankungen der Lippengegend widmet Lang auf S. 200 eine breitere Erörterung den initialen Manifestationen an den Lippen, und zwar sowohl der Ätiologie dieser Erkrankungen als auch der Lokalisation derselben. In der Frage des syphilitischen Erythems stellt sich Lang auf die Seite derjenigen Autoren, welche ein spezifisches Erythem der Schleimhaut anerkennen, gegenüber denjenigen, welche, wie bekannt, dieser Manifestation die Spezifizität absprechen. Übergehend zur Pathologie der syphilitischen Schleimhautpapeln beschreibt Lang ausführlich die Plaques opalines, die Geschwüre und Schrunden, betont die Gefährlichkeit dieser Affektionen mit Rücksicht auf die Übertragung und wendet sich dann zur Beschreibung der gummösen Formen an den Lippen und Rachenorganen, wobei derselbe mit Recht die Häufigkeit einer gleichzeitigen Beeinträchtigung des Gehörorgans betont. Es verdient dies umsomehr hervorgehoben zu werden, als bisher auf das successive Ergriffensein des Gehörorgans von seiten der Autoren nicht das gröfste Gewicht gelegt wurde, und es bei einer eingehenden Untersuchung der mit Rachenlokalisationen behafteten Luetiker auffallend erscheint, wie oft Mittelohrkatarrhe und tiefere Affektionen vorzukommen pflegen. Lang macht ferner auf diejenigen, nach den Erfahrungen unsrer Klinik nicht so seltenen Fälle aufmerksam, wo die Cikatrisation nach ausgedehnten geschwürigen Prozessen zur Ausbildung eines Narbenringes zwischen weichem Gaumen und Zungenwurzel oder zwischen letzterer und der hinteren Rachenwand führt: es resultieren daraus Stenosen und Pharynxstrikturen, welche hochgradige Störungen in den Funktionen der betreffenden Teile nach sich ziehen. — Auch die seltenen Erkrankungen der Speicheldrüsen finden eine Erwähnung. Auf S. 219 skizziert Lang scharf die Differentialdiagnose zwischen Schleimhautsyphiliden der Mund- und Rachenhöhle und einer Reihe hier vorkommender Erkrankungen. Sehr genau durchgearbeitet erscheint auch die Partie der verschiedenartigen Zungenaffektionen, welche durch Syphilis oder anderweitige Prozesse bedingt werden, und hervorgehoben mufs werden, dafs auch Lang — in diesem Punkte stimmen wir mit ihm vollkommen überein — die Prozesse der sogannten Psoriasis linguae, Leukoplakie, Plaques de fumeurs und der umschriebenen Exfoliation viel strenger auseinander hält, als dies andre Autoren thun. Auch die Differentialdiagnose zwischen tuberkulösen Geschwüren ist klinisch sehr gut durchgearbeitet; wir vermissen blofs die Erwähnung des Nachweises der Tuberkelbacillen in kleinen excidierten Stücken der betreffenden Geschwürspartien, welche in vielen Fällen vielleicht als das einzige diagnostische Hilfsmittel unsrer Ansicht nach entscheiden.

Von syphilitischen Erkrankungen des Oesophagus erscheinen besonders die Westschen Fälle hervorgehoben, und Lang bemerkt mit Recht, dafs man „bei Behinderung der Passage in der Speiseröhre eines Individuums, das nachweislich an Syphilis gelitten hat oder noch leidet, an einen Zusammenhang mit dieser konstitutionellen Erkrankung wird um so eher denken müssen, je

weniger Anhaltspunkte für eine andre Veranlassung der Schlingbeschwerden auffindbar sind."

Bei Syphilis des Magens finden die Fälle Virchows, Fauwels, Wagners, Lancereauxs und Klebs', sowie Kaposis und Cornils eine ausgedehnte Erwähnung. — Ebenso ausführlich ist die Darmsyphilis behandelt. In der betreffenden Litteratur vermifsten wir blofs die Arbeit Ljunggréns.

Die 14. Vorlesung beginnt mit der Syphilis des Rectums, wobei sich L. mit Recht gegen die Behauptung Gosselins auflehnt, dafs syphilitische Rektalstrikturen immer nur durch eine Lokalaffektion entstehen und nie als Ausdruck der konstitutionellen Erkrankung zu gelten haben. Um sich von der Häufigkeit der syphilitischen Papeln im Rectum zu überzeugen, untersuchte L. 110 konstitutionell Erkrankte auf seiner Klinik, wobei 16 mal sich Plaques vorfanden und zwar in dem interessanten Verhältnisse, dafs die Weiber mit 13 Fällen, die Männer blofs mit 3 Fällen daran parzipierten. — Die nachfolgenden Zeilen sind den gummösen Affektionen des Mastdarms, sowie den daraus resultierenden Strikturen gewidmet, die weiteren Erörterungen einer übersichtlichen Darstellung der Darm- und Lebersyphilis. Bei der Beschreibung der diffusen Infiltration der Leber hebt L. das Verhältnis derselben zur Cirrhose hervor. In der Frage der Bedeutung des Icterus in früheren Syphilisstadien teilt L. seine Beobachtungen mit, in welchen er im Anfang der syphilitischen Diathese einen Icterus nebst Empfindlichkeit der Lebergegend sah. Unsrer Ansicht nach wäre ein solcher Icterus als ein hämatogener aufzufassen, währenddem die hepatogenen Formen den späteren Entwickelungstadien der syphilitischen Diathese in der Leber angehören.

Nachdem noch die übrigen Bauchdrüsen in bezug auf ihre syphilitischen Erkrankungen eine kurze Erörterung erfahren, wendet sich L. zu den syphilitischen Erkrankungen des Atmungsapparates und beginnt mit der Nase. Diese Partie nebst der Beschreibung der Erkrankungen des Larynx ist eine der bestgearbeiteten des ganzen Buchs. Mit Recht betont L. auf S. 257 die Wichtigkeit der Diagnose eines syphilitischen Katarrhs der Nasenschleimhaut, einer Coryza syphilitica, wie sie nicht nur bei hereditär erkrankten Kindern, sondern sehr haufig im Verlaufe von konstitutionellen Erkrankungen und oft, wie dies auch die Erfahrungen unsrer Klinik bestätigen, als vorhergehendes Symptom papulöser und gummöser Nasenaffektionen sich kundgibt. Uns scheint es, dafs eben auf dieses Moment bisher zu wenig Rücksicht genommen wurde. Bei häufigen Untersuchungen syphilitischer Patienten ist das oft selbständige Ergriffensein der Schleimhaut der Nasenhöhle auffallend. Es handelt sich um einen persistierenden, mit einer ziemlichen Verdichtung und Schwellung der Nasenschleimhaut, sowie einer starken Sekretion einhergehenden, oft blofs auf einzelne Partien der Nase beschränkten Katarrh, welcher auch häufig jeder lokalen Behandlungsmethode trotzt und erst bei einer eingeleiteten allgemeinen Behandlung zurückgeht. — Bei der Beschreibung der gummösen Nasenerkrankungen weist L. auf die anatomischen Untersuchungen von Sänger und A. Fränkel hin, aus welchen mit Sicherheit hervorgeht, dafs die zu oft tiefgreifenden Destruktionen führenden Erkrankungen der Nasenknochen nicht stets ihren Ausgang von der Umgebung nehmen, sondern sehr häufig auf spezifische Osteitiden zurückzuführen sind.

Hierauf werden die andern Formen der syphilitischen Prozesse eingehend beschrieben, und der Verf. wendet sich dem Larynx zu, hierbei sich auf die fleifsige Arbeit Chiaris nnd Dvoráks stützend. Die syphilitischen Larynxaffektionon sind überhaupt sehr ausführlich und fleifsig behandelt, wobei der Verf. es nicht unterlassen hat, seine zahlreichen Erfahrungen einzuflechten. Ein besonderes Interesse nehmen die Kapitel über Lungensyphilis in Anspruch. Der Verf. legt mit Recht den Schwerpunkt auf die Diagnose der gummösen und herdförmigen Formen, sowie auf die Koïncidenz der Larynxaffektionen, wie dies Snchitzler schon betonte. Bei der Differentialdiagnose vermissen wir

bloſs den Hinweis auf die wichtige Unterstützung der Sputa auf Tuberkelbacillen.

Das folgende Kapitel der syphilitischen Erkrankungen des Zirkulationssystems bot dem Verf. Gelegenheit, näher auf die Gefäſserkrankungen und die Arbeiten über Aneurysmen infolge von Syphilis einzugehen, in welcher Richtung in neuerer Zeit besonders englische Autoren, sowie Baumgarten interessante Beobachtungen angestellt haben. Die Fälle von Zeissl, Nalty und Langenbeck werden ausführlich citiert, und der Verf. fügt selbst einen instruktiven Fall von syphilitischer Arteritis der Kniekehlen-Schlagader, den er beobachtete, hinzu. Das Auftreten von hämorrhagischen Hautsyphiliden wird vom Verf. teilweise durch eine syphilitische Arteritis und Brüchigkeit der Gefäſswandung erklärt, sowie schon Lechner in seiner Arbeit (Zur Pathogenese der Gehirnblutungen der luetischen Frühformen) darauf hinwies, daſs Gefäſserkrankungen in frühen Stadien der Syphilis oft zu Gehirnblutungen führen. — Hieran schlieſst sich ein kurzer Überblick des Einflusses der Syphilis auf die Menge der Blutkörperchen, sowie die Erwähnung der Arbeiten von Litten und Orth über den Einfluſs der Syphilis auf das Knochenmark.

Der folgende Abschnitt ist den syphilitischen Erkrankungen des Lymphapparates und der Milz gewidmet. Es erscheinen die Verhältnisse der syphilitischen Erkrankungen der Lymphdrüsen sehr eingehend durchgenommen. Zu den anatomischen Bemerkungen erlaubt sich Ref. auf Grundlage eigner Untersuchungen nur das hinzuzufügen, daſs bereits sehr bald nach dem Auftreten der Anschwellung der Lymphdrüsen sich nicht bloſs eine einfache irritative Schwellung entwickelt, sondern daſs man auch charakteristische Rundzellen-Infiltrationen um die Gefäſse, Veränderungen in der Gefäſswandung und am Endothel nachweisen kann, welche vollkommen identische Bilder mit den auch anderweit bei Syphilis vorkommenden Infiltraten liefern. — Gummöse Erkrankungen der Lymhpdrüsen sind selten. Was die Milzschwellungen im Beginne der syphilitischen Erkrankung anlangt, so verweist L. auf die Beobachtungen von Weil und Hasslund, sowie auf die Arbeit von Wewer, welcher bekanntlich in 7,5 % der an konstitutioneller Syphilis Leidenden den Milztumor nachwies. Ls. Untersuchungen konstatierten bei 30 mit frischer Syphilis Behafteten 8 mal den Milztumor. Methotische Untersuchungen, welche durch längere Zeit auf der Klinik des Ref. angestellt wurden, konstatierten in 200 Fällen von recenter Syphilis 14 mal einen Milztumor; in 12 von diesen Fällen lieſs sich ein ziemlich hohes Eruptionsfieber nachweisen.

Die 19. Vorlesung ist den Erkrankungen der Niere, der männlichen und weiblichen Genitalien in bezug auf syphilitische Spätformen gewidmet. In der Zusammenstellung über Nierensyphilis vermiſsten wir die sehr fleiſsige und umfangreiche Arbeit Nagels.

Hierauf schildert Lang die Erkrankungen des Testikels, wobei der Verfasser auf die neuesten Untersuchungen von Reclus Rücksicht nimmt. Bei der Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose des Hodens erscheint dem Referenten die Untersuchung des Sekretes auf Tuberkelbacillen ebenfalls von Wichtigkeit.

An diesen Abschnitt schlieſst sich eine ausführliche Erörterung der syphilitischen Erkrankungen der Bewegungsorgane an. Verfasser plaidiert in der Ätiologie der Myositis ossificans progressiva dafür, auch der Syphilis eine Rolle zuzuweisen. Bei der Syphilis der Knochen findet sich die beachtenswerte Empfehlung der Lückeschen Perkussion als diagnostischen Hilfsmittels. Die sogenannten spontanen Frakturen infolge von Syphilis finden ebenfalls ihre Erwähnung. Hierauf werden die Krankheiten der einzelnen Knochen abgehandelt, wobei besonders die Erkrankungen der Schädelknochen eingehend besprochen und durch charakteristische Bilder illustriert werden. Ebenso ausführlich sind die syphilitischen Arthropathien und Muskelerkrankungen abgehandelt, woran sich dann das Kapitel von der Hirnsyphilis und der Sympto-

matologie der Gehirnlues anschliefst. Nach einer kurzen Übersicht der geschichtlichen Entwickelung der Lehre von der Hirnsyphilis bespricht Lang die der Syphilis zukommenden Irritationsvorgänge der nervösen Zentralorgane im Beginn der Syphiliserkrankung. Wie bekannt, trug Lang zur Klärung dieser Frage selbst in zwei gediegenen Arbeiten, und zwar in der Arbeit über die Häufigkeit und Frühzeitigkeit der Syphiliserkrankung des zentralen Nervensystems (*Wiener mediz. Wochenschr.* 1880) und über Meningealirritationen bei beginnender Syphilis (*Vierteljahrschr. für Dermatologie und Syphilis.* 1881) bei. Lang wies auf die bei Meningealirritationen der beginnenden Syphilis auftretenden Schmerzen, auf die Ungleichheit der Pupillen und auffallende Pulsverlangsamung hin. Seine Beobachtungen wurden durch die ophthalmoskopischen Untersuchungen Schnabels bestätigt, welcher bei 40 Patienten 14 mal eine Netzhautreizung und 7 mal entzündliche Prozesse in der Netz- oder Aderhaut vorfand. — Hierauf folgt eine genaue Schilderung der einzelnen Erkrankungsformen der Syphilis: Apoplexie, Epilepsie, der Neuritis optica und auf S. 408 eine Übersicht der Topographie der Hirnsyphilis, welche von einem eingehenden Studium der modernen Arbeiten über Lokalisation zeugt.

In der 24. Vorlesung finden sich die Rückenmarkserkrankungen abgehandelt. In der Frage über den syphilitischen Ursprung der Tabes, welche bekanntlich in neuerer Zeit den Gegenstand zahlreicher Publikationen bildete, nimmt der Verfasser einen reservierten Standpunkt ein. — Die Erkrankungen der peripheren Nerven sowie des Sehapparates beschliefsen den vorliegenden Band.

Wir sehen einer baldigen Beendigung der gediegenen Arbeit Langs, welcher wir unter den neueren Publikationen einen hervorragenden Platz zuweisen müssen, entgegen und glauben, das schon bei der Besprechung des I. Bandes und auch jetzt bereits oben gefällte Urteil in Übereinstimmung mit den Fachkollegen ausgesprochen zu haben, denen das Buch Langs gewifs eine willkommene und dauernde Bereicherung der Fachlitteratur bieten wird.

Prof. Janovsky.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Deutschland und Österreich.

Prostatitis und Spermatocystitis chronica als Komplikation chronischer Urethritis, von Dr. E. Finger. (*Wiener med. Presse.* 1885.) Alle Organe und Adnexe, die im Gefolge akuter Urethritis in akut entzündlicher Form erkranken, können auch im Verlaufe chron. Urethritis in Mitleidenschaft gezogen werden. In 5 Fällen von chron. Prostatitis hat Verfasser Heilung dieser so langwierigen Krankheit durch zweistündliche Applikation eines kolpeurynterähnlichen Apparates in den Mastdarm erzielt. Dieser Apparat wird von 28 ° R. warmem Wasser durchflossen. Kontinuierliche Anwendung des Apparates wirkt noch energischer. Gleichzeitig folgende Suppositorien:

℞ *Kalii jodati* 2,0
Jodi puri 0,05
Extr. Belladonnae 0,2
Olei Cacao q. s. ut f. suppos. No. X.
D. S. Täglich 2 Stück einzuführen.

Ein Fall von Spermatocystitis bilateralis chron. heilte ebenfalls bei Applikation von 32 ° R. warmem Wasser.

Die Untersuchungen von Prof. NEUMANN über die **histologischen Veränderungen der Hautsyphilide,** deren Verlauf und über das indurierte Dorsallymphgefäfs (*Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* 1885) haben zu folgenden Resultaten geführt:

1. Die Hautsyphilide beruhen anatomisch auf Rundzellenwucherung zunächst an den Gefäfsen.

2. Die krankhaften Produkte finden bei der makulösen Form ihre Grenze genau im Papillarkörper, ohne in die Epidermis hineinzuwuchern. In dem Mafse, als die Wucherungen zunehmen, wird diese Grenze überschritten, das Rete zellig infiltriert, seine untere Grenze verwischt, so dafs die Rundzellen unmittelbar unter die prall gespannte Hornschicht zu liegen kommen.

3. Das Pigment findet sich meist in Form von Körnchen verschiedener Gröfse und verschiedener Farbennüancierung. Die Körnchen liegen teils in Exsudat-, teils in Bindegewebszellen. In ersterem Falle geht die Resorption sehr leicht, in letzterem sehr schwer oder gar nicht mehr von statten.

4. Die glatten Muskeln der Haut scheinen der Erkrankung besonderen Widerstand zu leisten.

5. Mit dem Schwinden der klinischen Erscheinungen sind noch immer nicht die anatomischen Veränderungen gewichen; es bleiben vielmehr in der Tiefe des Cutisgewebes noch lange Zeit Exsudatzellen, selbst Pigmentierungen zurück, wenn auch das Auge des Klinikers nichts Krankhaftes mehr an der Haut zu finden vermag.

In dem zweiten Teile seiner Arbeit weist NEUMANN nach, dafs die am Dorsum penis infolge krankhafter Prozesse der Glans, des Präputiums, der Urethra entstehenden derben Stränge wirkliche Lymphgefäfsstränge sind. Bei 103 Sklerosenpatienten kamen 84 Dorsalgefäfse vor.

Zum Kapitel der Hypertrichosis, von Dr. P. MICHELSON. (*Virchows Archiv.* Bd. 100.) Bei einer Klassifikation der verschiedenen Formen der Hypertrichosis wird es zweckmäfsig sein, die abnorme Behaarung der sogen. Haarmenschen und der Übergangsstufen zum Haarmenschentum unter der Bezeichnung Hypertrichosis universalis zusammenzufassen. Der höhere Grad derselben scheint stets, der niedere nur ausnahmsweise mit Anomalien im Zahnsystem vergesellschaftet aufzutreten. Die Abgrenzung von der lokalen Hypertrichosis ist jedoch keine sehr scharfe. Verf. kommt zu dem Schlufs, dafs die Haarwucherung auf hypertrophischer und diejenige auf unveränderter Haut genetisch gleichwertig sind.

Derselbe Verf. hat in einem Vortrag in der ökon. Gesellschaft zu Königsberg im Oktober 1884 seine Ansichten über abnorme Haarentwickelung bei Menschen klargelegt. Die Behaarung des Menschen zeigt zu drei verschiedenen Epochen einen andren Charakter: das Haarkleid des Foetus, des Neugeborenen und des geschlechtsreifen Menschen. In den letzten drei Jahrhunderten sind 22 glaubwürdige Fälle von Haarmenschen beschrieben worden. Gegenstand der Therapie sind nur einige Formen der örtlichen Haarwucherung. Für die Behandlung der Bartentwickelung bei Frauen ist seitens des Vortragenden die elektrolytische Epilationsmethode als durchaus wirksam erprobt.

Die Hautresorption und ihre Bedeutung für die Physiologie der Badewirkungen. Dr. TH. SCHOTT (*Deutsche Medizinalztg.*) konnte durch genaue Untersuchungen nachweisen, dafs durch einfaches Auflegen von Quecksilberguttaperchapflastermull eine Resorption des Hg durch die Haut stattfand. Früherer Gebrauch von Quecksilber, Resorption durch die Atmungsorgane, sowie durch Verletzungen der Haut waren durchaus ausgeschlossen. Mit diesen Untersuchungen deckt sich auch die klinische Erfahrung, welche CURSCHMANN machte, dafs nach einfachem Auflegen von Quecksilbermull syphilitische Erscheinungen zum Verschwinden gebracht werden konnten.

Gase, leicht flüchtige Substanzen, Flüssigkeiten in Form des Spray, feste Substanzen mittels Chloroform oder Äther auf die Haut gebracht, gehen leicht durch dieselbe hindurch.

Mit Hilfe der kataphorischen Wirkung lassen sich Stoffe durch die unversehrte Haut bringen.

Die Soolbäder aber wirken lediglich auf dem Wege der Imbibition. Durch Reizung der Nervenendigungen in der Haut sind die physiologischen Wirkungen der Soolbäder genügend zu erklären.

Über Lepra in Norwegen und einen Fall von einheimischer Nervenlepra, von Prof. Dr. E. Lang. (*Wiener med. Blätter.* 1885. No. 27, 28, 29.)

Verf. hat in Norwegen Lepra studiert und gibt aus eigner Anschauung eine lehrreiche Schilderung der vielgestaltigen Krankheit. Aus einer Übersicht der Leprösenbewegung in Norwegen geht hervor, dafs die Leprafälle Norwegens im jüngsten Vierteljahrhundert eine Verringerung um beiläufig die Hälfte erfahren haben; auch hat sich das Heilungsprozent von 0,07 auf 0,9 gehoben. In Innsbruck hat Verf. zweimal Lepra beobachtet, beides waren durchaus autochthone Fälle. Eine Erklärung für ein solches Auftreten läfst sich mit Sicherheit nicht geben.

Altona. Appel.

In betreff der **Ätiologie der Ekzeme** will Dr. Herrmann Kroell (*Berl. klin. Wochenschr.* 1885. No. 40.) zwei Formen unterscheiden, nämlich die durch äufsere Einflüsse herbeigeführten, häufig auf der Basis einer allgemeinen Schwäche des Hautorgans und der ganzen Konstitution ruhenden Formen, deren periphere Ausbreitung durch immer von neuem einwirkende Reize oder auch durch ein phlogistisches Gift (Billroth) erfolgt, und diejenige Form, welche durch Irradiation und Reflex von einer irgendwie gereizten Hautstelle aus entsteht. Die Frage, ob nicht auch durch Verunreinigung des Blutes mit irgend einem Stoffe Erkrankungen an Ekzem entstehen können, bejaht der Verfasser, indem er annimmt, dafs ein solcher Stoff, um die eigentümlichen Formen der ekzematösen Hautausschläge zu erklären, entweder ein nervöses Zentrum reizen, von welchem aus dann peripher die Störung sich auslösen würde, oder derselbe müfste an den verschiedensten Stellen der Peripherie seinen Angriffspunkt nehmen, also direkt auf die Gefäfswände desjenigen Teils wirken, welche dann von der Entzündung ergriffen werden. Hierzu liefert der Verf. einen Fall, bei dem jedesmal nach dem Gebrauch von Arsen ein akutes Ekzem entstand, wobei er hervorhebt, dafs hier durch direkte periphere Reizung der Hautgefäfse, und zwar durch eine im Blut zirkulierende Noxe, das Ekzem zu stande gekommen ist. Zum Schlufs schreibt Verf. diese Reizungen den trophischen Nerven zu.

Über **Kokain als schmerzstillendes Mittel bei Lupus** berichtet Ignaz Bauer (Währing) *Wiener Med. Presse.* 1885. No. 36. In einem Falle, in welchem die betreffende Patientin mehr als 15 Jahre an Lupus exulcerans der linken Gesichtshälfte litt und fast jede der üblichen Behandlungsmethoden: Kauterisieren, Auskratzen mit dem scharfen Löffel, Sticheln, graues Pflaster etc. Jahre hindurch, jedoch ohne jeglichen Erfolg angewandt worden war, so dafs Patientin seit vielen Monaten sich gar nicht mehr behandeln liefs und sich lediglich darauf beschränkte, die Flechten mit einem indifferenten Pflaster (Cerat. fusc.) zweimal täglich frisch zu bedecken, stellten sich seit mehreren Wochen intensive, fast kontinuierliche, brennende, bohrende Schmerzen auf der erkrankten Stelle ein, so dafs Patientin die Nächte schlaflos zubrachte, die Verdauung darniederlag und Patientin körperlich herunterkam. Verfasser verordnete ihr infolgedessen Einpinselungen (zwei- bis dreimal täglich) mit einer 2% Kokain-

Morphinlösung. — Der Erfolg war ein überraschend guter; denn acht Tage darauf teilte Patientin, welche sichtlich erholt und gekräftigt aussah, mit, dafs schon wenige Minuten nach der Einpinselung der Schmerz gänzlich aufhöre; nach sechs bis acht Stunden verspüre sie wieder leichtes Bohren und Brennen, welches auf eine neuerliche Einpinselung sofort wieder koupiert werde. Sie fühle sich seither wieder wohl und kräftig, denn Eſslust und Verdauung seien wieder gut, der nächtliche Schlaf nach vorher gemachter Einpinselung durch mehrere Stunden ruhig und ununterbrochen. Verfasser empfiehlt daher die Kokainbepinselungen, besonders vor und nach jedem mechanischen, chemischen oder thermischen Insult, wodurch die therapeatischen Prozeduren minder qualvoll werden.

Lupusbehandlung durch Kälte, von Prof. Gerhardt. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1885. No. 41.) Da die Körperwärme der inneren Organe für rasche Vermehrung der Tuberkelbacillen notwendig ist und die niedere Temperatur der äufseren Haut nur langsames Wuchern der Bacillen gestattet — daher bleiben dieselben im Lupus sehr spärlich —, so glaubt Verf., dafs die kühlere Temperatur der äufseren Haut mindestens einer der Faktoren sein mufs, dem die träge, ungefährliche Verlaufsweise dieser Form der Hauttuberkulose zuzuschreiben ist. Daher mufs die Einwirkung starker Abkühlung das Wuchern der Bacillen und damit zugleich der lupösen Neubildung zum Stillstande bringen. Diese Erwägungen veranlafsten den Versuch, Lupuskranke mit Eisumschlägen zu behandeln. Die durchschnittliche Dauer der Einwirkung betrug täglich zweimal drei Stunden. Eine Eisblase hing von einem Gestell herab, so dafs sie bei Rückenlage des Kranken die lupöse Fläche ganz oder gröfstenteils bedeckte, ohne durch Druck lästig zu werden. Vier Fälle wurden auf diese Weise behandelt, und hat Verf. die Ansicht gewonnen, dafs auf schonendere Weise mit mehr Erhaltung der erkrankten Gewebsteile in gleicher Zeit wie durch andre Methoden ein Zustand herbeigeführt wird, wie man ihn als Heilung zu bezeichnen pflegt. In wie weit derselbe von Dauer sein wird, wagt der Verf. nicht anzugeben.

Kokain bei Behandlung von Strictura urethrae, von Dr. Rosenberg. (*Wiener med. Presse.* 1885. No. 41.) Bei einem 48jährigen Patienten, der an einer sehr bedeutenden Strictura urethrae litt, so dafs der Verf. nicht einmal Darmsaiten einführen konnte, machte er vorher eine Injektion von 1 g folgender Solution:

Cocain. muriat.	0,2
Aq. destill.	10,0
Morph. muriat.	0,15

und liefs die Flüssigkeit 5 Minuten lang in der Harnröhre. Nach dieser Injektion war es dem Verf. möglich, ein konisches Bougies No. 3 (engl.) mit Leichtigkeit einzuführen. Diese Behandlung wurde täglich fortgesetzt, bis No. 20 Charrière eingeführt werden konnte.

Über die Veränderungen verschiedener Quecksilberverbindungen im tierischen Organismus, von Dr. Richard Fleischer. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1885. Nr. 36.) Unter den verschiedenen Quecksilberverbindungen, welche als Arzneimittel in der medizinischen Praxis Verwendung finden, gibt es einzelne, welche, obwohl sie in Wasser ganz oder fast unlöslich sind, eine deutliche Wirkung im tierischen Organismus entfalten, wie z. B. das Kalomel. Verf. hat nun umfassende Versuche angestellt und ist zu folgenden Resultaten gelangt.

1. Bei Gegenwart von NaCl löst sich Kalomel in kleinen Mengen auf (Doppelsalzbildung) und geht unter nachweisbarer Abspaltung von Hg in Sublimat über.

2. Die Sublimatbildung wird durch höhere Temperatur begünstigt (Körpertemperatur).

3. Die gebildeten Sublimatmengen sind gering aber doch deutlich nachweisbar.

4. Verdünnte Salzsäure von 0,25 % wandelt nur ganz minimale Mengen von Kalomel in Sublimat um, 0,4 % wirkt viel stärker.

5. Beim Kontakt von Jodkalium und Kalomel bildet sich Quecksilberjodid-Jodkalium und metallisches Quecksilber. Das betreffende Doppelsalz ist im überschüssigen Jodkalium löslich, zerfällt aber rein dargestellt in Wasser, in unlösliches Quecksilberjodid und Jodkalium.

6. Quecksilberoxyd bildet mit Chlornatrium Sublimat und Natronlauge.

Zur Kasuistik der Larynxsyphilis bei Kindern, von Dr. Schütz. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1885. Nr. 36.) Die Kasuistik der Larynxsyphilis bei Kindern ist eine sehr spärliche, trotzdem Verf. der Ansicht Ziemssens beipflichten möchte, dafs die Fälle von spezifischer Kehlkopfaffektion in der Jugend infolge von heretitärer Lues nicht so ganz selten sind; sie kommen nur seltener zur Beobachtung, da den Laryngoskopiker, solange keine anhaltende Heiserkeit oder Dyspnöe vorhanden ist, kehlkopfkranke Kinder kaum zugeführt werden. Verf. beschreibt nun ausführlich 5 Krankheitsfälle, von denen er den ersten (ein Zwillingskind, dessen Schwester vollkommen gesund war) der Syphilis tarda zuweifst, die andern 4 Fälle aber nicht bestimmt als solche erkennt. Von allen 5 Kranken waren 4 Erstgeborene, in allen Fällen haben die Väter an Lues gelitten, und von den Müttern ist nur die des nicht erstgeborenen Kindes nicht infiziert worden. Die Befunde weichen nicht ab von den, was in den späteren Perioden der Syphilis bei Erwachsenen vorkommt.

In der Sitzung der Med. Gesellschaft zu Berlin vom 15. Juli d. J. stellte Lassar zwei Fälle von **Alopecie** vor, wobei er hervorhebt, dafs er schon früher der Ansicht gewesen sei, dafs gewisse Formen der vorkommenden Alopecie auf lokalinfektiöser Basis beruhen, was Herr v. Sehlen durch seine Arbeit in schlagendster Weise bewiesen habe. Die kreisförmige Alopecie, von der Michelson nach Ansicht des Vortragenden unberechtigter Weise fordert, dafs sie ohne jeden Reizzustand der Umgebung auftreten mufs, kann vielmehr, wie der Vortragende meint, je nach dem Grade der Intensität in ihrer Erscheinungsweise variieren und sogar von lebhafter Schuppung und Absonderung begleitet sein oder auch ohne jede Irritation der Umgebung verlaufen. Das Schicksal des Leidens ist im Einzelfall vollständig ungewifs. Der Prozefs kann von selbst abheilen, wie jedes infektiöse Leiden; es ist aber keine Gewähr dafür vorhanden, ob Regeneration oder absolute und bleibende Kahlheit zu erwarten sei. Dagegen ist es ganz bestimmt möglich, durch therapeutische Bemühungen (Teerseife, 2 % Sublimat, Spiritus und Salicylöl) den Prozefs vom ersten Tage der Behandlung an zum Stillstand zu bringen und ihn allmählich zur vollständigen Regeneration zu leiten. Der weitere Verlauf eines solchen Falles lehrt dann, dafs die vielfach zur Erklärung herbeigezogenen hypothetischen Nerveneinflüsse nicht zur klinischen Geltung gelangen. Der Prozefs verläuft vielmehr, als wenn irgend ein schädliches Agens sich bestimmte Prädilektionsstellen aussucht und von hier aus immer wieder Vorschübe macht. Erwähnenswert ist hier noch, dafs Lassar als Konstituens von Salicyl und Karbol das Adeps colli equini empfiehlt, wonach die Haare sich wesentlich schneller regenerieren sollen.

Dann stellt Lassar eine Frau vor, bei der eine **Oberschenkel-Kontraktur durch eine Thrombose**, die sich an ein vorausgegangenes Puerperium angeschlossen hat, entstanden ist. Infolge dieser Thrombose hat sich dann eine Venenstase entwickelt, die Venenstase hat zur Lymphstauung geführt und im Anschlufs an die Lymphstauung sind dann papilläre Wuche-

rungen entstanden. Diese haben sich in ungewöhnlicher Weise in Form keloider Herde entwickelt und sind dann in Ulceration übergegangen, so dafs sie augenblicklich die Erscheinung exulcerierter Geschwülste haben, die auf den ersten Blick eine grofse Ähnlichkeit mit syphilitischen Beingeschwüren besitzen. Es liefs sich aus der Anamnese und dem übrigen Befund ein Anhalt für Syphilis nicht gewinnen. Auch ist die Patientin Mutter elf gesunder Kinder, trotzdem dürfte der Versuch einer spezifischen Behandlung gemacht werden.

Zum Schlufs stellt der Vortragende noch drei Fälle von **Lichen ruber** in verschiedenen Stadien vor, wobei er hervorhebt, dafs es ihn scheinen wollte, als wenn das Leiden in Berlin viel häufiger sei, oder als wenn man jetzt mehr darauf achte, da Hebra es im Laufe eines langen Zeitraumes nur ca. 14 oder 16 mal gesehen hat, während er selbst zur Zeit 9 Fälle in Behandlung habe.

Prof. Ehrlich berichtet in einem Artikel: **Über das Wesen und die Behandlung des Jodismus**, dafs die Sulfanilsäure in den meisten Fällen die Erscheinungen des Jodismus, besonders die Sekretion der Nase und die Kopfschmerzen in kurzer Zeit beseitige und gibt es in folgender Formel:

Acid. sulfanyl. 5,0
Natr. bicarb. 2,5
Aq. destill. 200,0
S. Auf einmal zu verbrauchen
oder im Laufe des Tages.

Therapeutische Notizen aus Dr. Letzels Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis in München. (*Allgem. med. Central-Zeitung.* 1885. Nr. 77 u. 78.) Unnas überfettete Seifen, welche den höchsten Grad von Vollkommenheit darbieten, den derartige Präparate überhaupt erreichen können, bieten nach Verfs. Ansicht doch noch einzelne Lücken, indem z. B. flüchtige Stoffe (Teer, Karbolsäure, event. auch Thymol, Perubalsam, Styrax etc.) durch längeres Lagern einen unvermeidlichen Verlust erleiden. Verf. glaubt nun durch seine **Opodeldoke** diesem Übelstande abzuhelfen, indem ein Verdunsten der flüchtigen Stoffe durch Aufbewahrung in verkorkten Glasbüchsen unmöglich ist und die Bereitung derselben nur in den Händen der Apotheker liegt. Wegen der intensiveren Wirkung werden die Saponimente aber bei akuten entzündlichen Hautkrankheiten zum gröfsten Teile nicht in Anwendung gezogen werden können, bei akuten Erythemen, stark nässenden Ekzemen wird man sich ihrer wohl immer entraten. Dagegen wird ihre energische Einwirkung bei den parasitären Erkrankungen der Haut (Favus, Herpes tonsurans, Sycosis parasit., Ekzema marginat., Pithyriasis versicolor, Scabies etc.), bei den chronischen squamösen und pruriginösen Dermatosen (Psoriasis, Lichen ruber, infiltrierten trockenen Ekzemen, Prurigo), bei den Akneformen, bei Ichthyosis und ganz besonders bei den Dermatosen der behaarten Haut nach Verfs. Erfahrungen von Nutzen sein. Die Grundstoffe der Saponimente, wie sie die chemische Fabrik von Eugen Dieterich in Helfenberg bei Dresden fabriziert, bilden neutrale Öl- und Starin-Seifen, die in Weingeist gelöst werden, wozu dann das Medikament gesetzt wird. Verf. hat nun eine Reihe von Saponimenten auf diese Weise bereiten lassen und macht am meisten Gebrauch vom Schwefel-Opodeldok, welcher folgendermafsen zusammengesetzt ist: Sapon. stearin. 80,0, Sapon. olein. 80,0, Spirit. 780,0, Liq. Ammon. hydrosulfurat. 24,0. Diesen Opodeldok wendet er namentlich bei sämtlichen indurierten Akneformen, bei leichter Ichthyosis, besonders aber bei allen schuppenden Dermatosen der Kopfhaut (Alopecia pityr., Seborrhoea sicca, Psoriasis in capillitio, chron. Ekzem der Kopfhaut) und bei Prurigo an. Bei letzterer Affektion hat er von Teerschwefel-Opodeldok besondere Erfolge gesehen. Der Perubalsam- und Styrax-Opodeldok wird bei Scabies, der 5% Karbolsäure-Opodeldok bei juckenden, trockenen Ekzemen, den Naphthol-Opodeldok bei lokalen Hyperidrosen und Chromidrosen, der Ich-

thyol-Opodeldok bei Rosacea, der Jodoform-Opodeldok bei Strumen, bei Drüsenhyperplasien, der 0,5% Kantaridin-Opodeldok bei Alopecia areata angewandt.

Berlin. L. HOFFMANN.

Dänemark, Schweden und Norwegen.

Über den **Gonococcus** (NEISSER) hat LUNDSTRÖM in Helsingfors einige Studien angestellt. Seine Resultate stimmen mit denjenigen von WIDMACK und WELANDER in Stockholm überein. Wie der letztere (conf. Referat in diesen *Monatsheften*. 1884. S. 125) hat er Gonokokken in und auf sowohl Eiterzellen wie Epithelzellen beobachtet, nur wenige frei in Serum und dann am öftesten in Haufen einer untergegangenen Zelle entsprechend. Er fand Gonokokken in allen akuten Fällen und in der Mehrzahl der chronischen Tripper und noch in zwei Jahr alten Fällen. Bisweilen, besonders wenn er das im Orificium urethrae angesammelte Sekret anwenden mufste, fand Verf. auch andre Baktrienformen, die als Stäbchen, Ketten und gröfsere Coccusformen erschienen, und von denen er bisweilen bei seinen Züchtungsversuchen Reinkulturen erhalten konnte.

Die Kulturen wurden in der üblichen Weise in Nährgelatine gezüchtet. Sie zeigten sich schon wenige Tage nach der Impfung als runde, weifsgraue Flecke und konnten bis in 14 Generationen weiter gezüchtet werden. Eine Kolonie wurde durch 4 Monate unberührt gelassen; es bildeten sich dabei Dauersporen, und nach Verlauf der 4 Monate konnte noch eine Weiterimpfung gemacht werden. Die Dauersporen zeigten sich mikroskopisch etwas gröfser, scharf konturiert und bildeten an keinen Stellen Diplokokken. Sie wurden in Nährgelatine bei gewöhnlicher Zimmertemperatur gehalten und zeigten keine Veränderung; wenn sie aber in den Wärmkasten bei 37 ° C. eingesetzt wurden, entwickelten sich typische Gonokokken.

Die Entwickelung, unter dem Mikroskop verfolgt, geschieht nach einem regelmäfsigen Schema; durch Teilung entstehen Diplokokken, durch weitere Teilung eine rhombische Figur u. s. w.

Um den Einfluſs von Reagenzien zu studieren, hat Verf. eine Reihe von Versuchen angestellt. Eintrocknung scheint die Kokken gar nicht zu influieren; wenigstens konnte von ganz eingetrockneten und wieder nach mehreren Tagen erweichten Vegetationen mit Erfolg auf Gelatine geimpft werden. Auch Erwärmung gefährdet das Leben der Kokken nur, wenn sie bis oder über 80°—90° C. getrieben wird. Die Vegetationen wurden während 20 Minuten in Lösungen von verschiedenen Medikamenten gebracht; das Resultat war, dafs Impfungen nachher in Gelatine in ziemlich allen Impfstichen Kokkenvegetationen hervorriefen bei folgenden Lösungen: Schwefelsaures Zink 1 %, Alaun 1 %, Tannin 1 %, schwefelsaures Kupfer 1 %, salpetersaures Silber 1/5 %, übermangansaures Kali 1/5 %, Karbolsäure 1 %, Salicylsäure 1/3 %, Borsäure 4 %, schwefelsaures Chinin 1%, Zinkkarbolat 1 %; dagegen waren sie steril nach: schwefelsaurem Silber 1 %, Thymol 1/10 %, Sublimat 1/50 %.

Die rein gezüchteten Gonokokken wurden in die Urethra von 3 Kaninchen und 8 Hunden gebracht; in 3 Fällen wurde bei Hunden eine Urethritis mit typischen Gonokokken hervorgebracht, die übrigen fielen negativ aus. Zwei Impfungen in die Vagina derselben Tierarten hatten keinen Erfolg, ebenso Injektionen in die Vena suphena und in das Kniegelenk. Von 10 Impfungen in den Konjunktivalsack gab nur eine, bei einem Hunde, eine leichte Conjunctivitis mit Gonokokken.

Impfung mit Reinkulturen wurden an 2 Männern versucht in der Weise, dafs die Kokken in Wasser aufgeschlemmt in die Fossa navicularis gebracht wurden; der Versuch wurde 5 mal wiederholt, jedesmal aber ohne irgendwelches Resultat.

Verf. meint doch, dafs die Impfungen vielleicht nicht mit genügender Energie gemacht wurden und dafs der Urinstrahl möglicherweise die Gonokokken wieder weggeschwemmt hat, bevor sie eingenistet waren.

Über **Tonsillenschanker** haben BOECK in Christiania und HASLUND in Kopenhagen Mitteilungen gegeben (*Tidsskrift for praktisk Medicin.* 1885. *Hospitalstidende.* 1885). BOECK hat schon früher 4 Fälle veröffentlicht (ref. in dieser Zeitschrift 1883. S. 317) und bringt nun weitere 3 Fälle. Der eine betrifft ein 19jähriges Dienstmädchen, welche sich bei einer Familie mit hereditär syphilitischen Kindern aufhielt; der andre ein 14jähriges Mädchen, und der dritte eine 24jährige Näherin. Im ganzen hat Verf. während 10 Jahren 9 Fälle von Tonsillenschanker beobachtet und glaubt deshalb, dafs dieser Infektionsmodus gar nicht selten sei und dafs viele Fälle von „Syphilis d'emblée" dadurch zu erklären seien. Soweit die ätiologischen Momente aufzufinden waren, schien die Benutzung infizierter Efs- und Trinkgeschirre obenan zu stehen. Auch HASLUND, der 4 Fälle von Schlundschanker beobachtet, hebt dieses ätiologische Moment hervor und schreibt der direkten Überführung durch perversen Coitus eine untergeordnete Rolle zu. Von seinen Fällen betrifft einer ein Mädchen, 20 Jahre, Virgo, die ein Ulcus induratum arcus glosso-palatinae sich dadurch erworben hatte, dafs sie eine Zahnbürste in Gemeinschaft mit einer syphilitischen Person benutzt hatte; der zweite einen verheirateten Arbeiter, der seinen Tonsillenschanker energischen Küssen verdankte; der dritte ebenso einen verheirateten Mann, der dieselbe ätiologische Möglichkeit einräumt, und endlich eine 40jährige verheiratete Frau, wo die wahrscheinliche Infektionsquelle ein kongenital syphilitisches Pflegekind war.

Beide Verfasser stimmen somit darin überein, dafs sie die Schlund-Infektion als ziemlich oder doch relativ häufig ansehen und für ihr Zustandekommen nicht eben buccalen Coitus als vortretenden oder häufigen Infektionsmodus in Anspruch nehmen, sondern den recht leichten und verhältsnismäfsig häufigen, so zu sagen mehr natürlichen Modus durch Geschirre, Küssen und andre im Zusammenleben vorkommende Berührungen hervorheben. Wenn bei der Untersuchung mehr an die Möglichkeit eines Tonsillenschankers gedacht würde, würden gewifs die Fälle von „Syphilis d'emblée" seltener werden.

Über **Urethritis externa** beim Manne hat OEDMANSSON in Stockholm einen Vortrag in der Gesellschaft der Ärzte gehalten. Wie GUERIN die in den parurethralen Krypten bei Weibern lokalisierte Entzündung Urethritis externa benennt, versteht Verf. darunter beim Manne die Entzündung der auch hier, wenn auch viel seltener, vorzufindenden parurethralen Gänge. Er hat solche in 10 Fällen gefunden, davon 3 mal beiderseitig und 7 mal einseitig. Sie öffnen sich gewöhnlich in der Nähe der hintern Kommissur des Orificiums am Rande desselben und sind in der Urethralwand gelagert, haben eine sehr feine Öffnung, aber bisweilen eine Tiefe von 1 cm oder mehr. In 8 von diesen Fällen hatte die Gonorrhöe, welche zugegen war, sich in die Gänge hinein fortgepflanzt; in einem war dieses nicht der Fall, und in einem hatte der Kranke keinen Tripper.

Aufser diesen parurethralen Gängen hat Verf. seit 1873 6 mal andre Bildungen gefunden, wo die Gänge eine ganz andre anatomische Bedeutung haben. Es waren dieses feine Kanäle zwischen den Blättern des Präputiums, welche mit feinen Öffnungen an verschiedenen Stellen, gewöhnlich im Limbus praeputii, endeten, und welche Verf. als Lymphgefäfse ansieht, welche dilatiert worden und sich einen Ausweg durch Haut oder Schleimhant gebrochen haben. Dafs solche lymphatische Bildungen vorkommen können, wird nach dem Verf. auch dadurch wahrscheinlich, dafs kleine Lymphcysten hier ziemlich oft angetroffen werden. (Verf. hat 7 Fälle gesehen.)

Diese als Residuum eröffneter Lymphstränge zu betrachtenden Gänge können nun auch gonorrhoisch angesteckt werden. Als Behandlung dieser Formen von Urethritis externa empfiehlt Verf. in die Gänge eine feine Bowmannsche Sonde mit ein wenig entfetteter Baumwolle überzogen und in Lapissolution getränkt einzuführen.

(Ref. hat die kleinen parurethralen Gänge in den Labien des Orificium urethrae, welche in Gröfse und Aussehen mit einem Thränenpunkte verglichen werden können, recht häufig beobachtet und bei blenorrhoischer Entzündung derselben gewöhnlich schnelle Heilung durch Einführung dünner mit Lapis überzogener Sonden erzielt.)

Kopenhagen. E. Pontoppidan.

England.

Lymphatische Infiltration der Haut bei Brustkrebs. (*Lancet.* 1885. Aug. 22.) Hoggan untersuchte Stücke von der aus der Umgebung eines Brustkrebses herstammenden Haut, die Poland bei zwei weiblichen Patienten excidiert hatte. Klinisch boten nach Poland beide wohl ausgeprägt die Charaktere eines um sich greifenden küraſsähnlichen Krebses dar; sie waren nämlich hart und gaben dem tastenden Finger den Eindruck von gekochten Zitronenschalen, in welche kleine Knötchen eingesprengt sind. In jedem Falle war ein typischer Skirrhus der Mamma vorhanden, bei der mikroskopischen Untersuchung aber ergaben sich die Zustände der umgebenden Haut in beiden Fällen als ganz verschiedene. Bei dem einen waren die tiefen Lymphbahnen mit Krebszellen ganz erfüllt, die zentrifugal und daher der Richtung des Lymphstroms direkt entgegen vorwärts krochen. Bloſs die Gegenwart der kankrösen Zellen hatte schon die natürlichen Eigenschaften der Kittsubstanz so umgewandelt, daſs sie hart und kompakt war, ohne eine Spur weder von Ödem noch von Zellwucherung zu zeigen. Da die Wände der Lymphbahnen selbst nicht kankrös waren, war noch keine Entwickelung von sekundären Tumoren vorhanden. Die oberflächlichen Lymphbahnen waren mit einfachen Wucherungszellen verstopft, unter denen keine Krebzellen zu entdecken waren. Das Stück vom zweiten Fall zeigte, daſs die Induration der Haut von einfacher Infiltration herrührte. Ödem und Zellenwucherung waren auffallend und die Lymphbahnen, die leicht zu finden waren, von Krebszellen vollkommen frei. Eine Untersuchung des Skirrhus selbst ergab, daſs er sich durch Kontiguität und nicht durch die Lymphwege ausbreitete, weil letztere eben hier keine Krebszellen enthielten. Da bei dem ersten Fall die Knäueldrüsen ergriffen waren, glaubte Hoggan, daſs der Krebs in den oberflächlichen Gebilden angefangen und die Lymphbahnen zugleich mit ergriffen hatte; bei dem zweiten war bloſs das Hypoderm affiziert, die Lymphwege der Haut waren noch nicht ergriffen. Das Interesse der Fälle besteht darin, daſs bei zwei Fällen, die von einem geschickten Chirurg klinisch nicht unterscheidbar waren, die mikroskopische Untersuchung zwei so verschiedene Zustände mit entsprechend sehr abweichenden Prognosen enthüllte. Die entzündliche Infiltration wurde ohne Zweifel durch die langdauernden Kataplasmen, mit denen die Kranke sich selbst behandelt hatte, verursacht.

Harrison (*Lancet.* 1885. September 5) hat mehrere Fälle von **chronischem Tripper**, die allerlei Injektionen, Sondierungen, Urethrotomien etc. widerstanden hatten, mit Erfolg behandelt, indem er einen kleinen Schnitt in die membranöse Harnröhre machte und ein Röhrchen in die Blase einlegte. Aus dieser konnte der Harn herausflieſsen, ohne dabei die krankhaften Stellen der Harnröhre zu berühren. Harrison glaubt, daſs die Hartnäckigkeit derjenigen Fälle, die jedwelcher gewöhnlichen Behandlung trotzen, von der Existenz eiternder Lacunen der Cowperschen Drüsen, der Prostata, oder von eiternden

periuretralen Herden herstammt, welche fortwährend durch Bewegung und Urinieren gereizt und in ihrem morbiden Zustand unterhalten werden. Die Kranken liegen 3—4 Wochen ruhig im Bette, während der ersten Woche wird die Darmentleerung mit Opium vollständig zurückgehalten. Mehrmals täglich wird die Harnröhre von vornher mit warmem Wasser durchgespült, um etwaige Eiterreste zu entfernen. Vermöge dieser Behandlung hatte HARRISON eine dauernde Heilung von drei solchen Fällen und auch von einem Fall von chronischer Hämaturie zustande gebracht. Die Wunden heilen binnen zehn Tagen nach Entfernung des Röhrchens.

NETTLESHIP (*Med. Times.* 1885. 29. Aug.) erwähnt den Fall eines 30jähr. Mannes, der März 1880 sich infizierte. Nach einer kurzen Hg-Behandlung hielt er sich für geheilt, binnen 5 Monaten aber verlor er das Sehvermögen des linken Auges. Bei der Untersuchung wurde der Discus (?) Pupillae (?) ganz verschleiert und trübe gefunden, 12 T. in jeder Entfernung unsichtbar. Mit Hg und Jodkali stellte sich bald eine Besserung ein, und das Sehen wurde allmählich vollständig hergestellt. Später litt er an einer Paresis der Beine, die auch schnell beseitigt wurde, und danach blieb er scheinbar gesund bis Okt. l. J., als rechterseits eine Paralysis des 3. N. mit Ptosis und Diplopia eintrat. Bei antisyphilitischer Behandlung wich auch dieser Zustand bald. N. bemerkt die Seltenheit einer optischen Papillitis während der sekundären Periode, wenn nicht als Komplikation oder Folge einer Entzündung der Choroidea und Netzhaut. Dieser Fall war im Gegensatze zur letzteren Affektion akut und liefs keine Spur seines Daseins zurück. Da er auch einseitig war und von keinem Schmerz begleitet, war er wahrscheinlich nicht von intrakraniellem resp. meningitischem Ursprung. Die Abwesenheit von Schmerz bewies auch, dafs kein Gumma des knöchernen Kanals vorhanden war. Es war daher mit aller Wahrscheinlichkeit der sehr seltene Fall von echt **syphilitischer Entzündung** (Gumma?) der zwischen Gehirn und Auge liegenden Teile **des N. opticus** während der sekundären Periode. Pat. war augenscheinlich zu neurotischen Läsionen geneigt.

NOURSE (*Brit. Med. Journ.* 1885. 19. Sept.) hat 900 zwei- bis zehnjährige **Unterschenkelgeschwüre** fast sämtlich mit befriedigendem Erfolg behandelt. Seine Kur besteht aus sehr sorgsamen (persönlich ausgeführten) Umwickelungen des Unterschenkels mit Bandagen oder womöglich noch besser mit Pflasterstreifen, Anwendung von Zink- oder Kreidesalbe, Bleiwasser oder Lotio nigra; Wechsel des Verbands nicht öfter als alle 3—6 Tage. Er zieht Kataplasmen, Incision, „MARTINS Bandage" und Hauttransplantationen nie zu Hilfe und glaubt, dafs mit einfachen Mitteln und guten Verbänden man immer erfolgreich auskommen kann, ohne dafs dabei die Kranken gezwungen werden, das Bett zu hüten.

Gegen **reizbare Psoriasis** empfiehlt ROBERTS (*Brit. Med. Journal.* 1885. 22. Aug.) das Boroglycerid, welches er mit sehr guten Resultaten äufserlich angewendet hat. Es soll auch eine grofse Linderung des mit so vielen andern Hautkrankheiten einhergehenden Juckens schaffen.

STARTIN schreibt (ebenda) von einem Herrn, der, nachdem er in einem Eisenbahnwagen, das unbedeckte Haupt aus dem Fenster streckend, eine Zeitlang gefahren war, von **Alopecia areata** befallen wurde. Er glaubt, dafs es unzweifelhaft zwei Sorten von Alopecia areata gibt, eine parasitica und eine atrophica.

(Ein hiesiger Friseur, der unter dem Publikum sich eines grofsen Rufes in der Heilung von Haarkrankheiten erfreut, versichert Ref., dafs Fälle von fleckiger Kahlheit ihm sehr oft vorkommen; auch dafs sie sehr schnell und leicht heilbar sind. Er schreibt ihr Entstehen dem Schmutz und schmutzigen Bürsten zu, und besteht auf ihrer Kontagiosität. Da er vertrauensvoll nach dem

Prinzip: no cure, no pay arbeitet, mufs die Heilung in der That eine leichte sein. Sein Geheimmittel, welches Ref. neulich analysieren liefs, enthielt nichts als etwas parfümierten Essig, Ammoniak und eine geringe Quantitat Öl, wahrscheinlich Zitronenöl.)

Mc. Bride (*Edingb. Med. Journ.* 1885. Sept.) unterscheidet drei Formen von **syphilitischen Ohrerkrankungen**. Suppurative Otitis media bietet bei den Syphilitischen keine besonderen Eigenschaften. Der Formen, die einen unmittelbaren Zusammenhang mit Syphilis haben, sind drei:

1. Die erste besitzt eine grofse Ähnlichkeit mit sklerosierendem Mittelohrkatarrh. Die Symptome sind Taubheit, gewöhnlich einseitige, mit oder ohne Tinnitus, Stimmgabel besser im tauben Ohre vernommen, Trommelfell scheinbar normal. Sie schreitet in gewöhnlichen Fällen sehr langsam vor, während bei Syphilitischen ihre Ankunft eine plötzliche ist. Da grobe Läsionen des inneren Ohres (Labyrinth und Schnecke) mit genauer Wahrnehmung (durch Knochenleitung) von musikalischen Tönen nicht unvereinbar sind, bleibt die Pathologie, bei dem Mangel an Sektionen, zweifelhaft. Gegen Behandlung ist sie höchst hartnäckig. Sie kommt während der zweiten oder tertiären Periode vor.

2. Eine zweite Form trifft man bei tertiären und hereditären Fällen. Mittel- und inneres Ohr scheinen beide affiziert zu werden, und das Trommelfell wird hier auch mit ergriffen. Es gibt oft Sausen und bisweilen Schwindel, Der Hörsinn wird gewöhnlich durch Behandlung mit Einblasung von Jodkali und Eintreibung jodizierten Dampfes verbessert.

3. Absolute und dauernde, mit Sausen, Erbrechen und Schwindel (sogenannte Menieresche Krankheit) eintretende Taubheit eines oder beider Ohren, die zu jeder Zeit auftreten kann. Diese Form rührt wahrscheinlich von einer totalen Zerstörung des N. acusticus her.

Manchester. Brooke.

Verschiedenes.

Aus Königsberg geht uns die betrübende Nachricht zu, dafs Herr Professor E. Burow am 20. November infolge eines Aortenaneurysmas gestorben ist. Der frühzeitige Heimgang — der Verstorbene hat nur das Alter von 48 Jahren erreicht — des persönlich liebenswürdigen und wissenschaftlich ungemein strebsamen Mannes wird in Kreisen seiner Bekannten allgemein aufs tiefste betrauert. Unsre Zeitschrift wird dem hervorragenden Mitarbeiter ein ehrendes Andenken bewahren. Die Redaktion.

Inhalt: Max Bockhart, Ein Fall von hartem Schanker der Vagina. — M. Ihle, Beiträge zur Behandlung der Hautkrankheiten mit Resorcin. — H. Quincke, Über Favus. — Kongrefs der italienischen Ärzte in Perugia. — Instrumente vom Kopenhagener Kongrefs. — **Referate. Mitteilungen aus der Litteratur. — Verschiedenes.**

Alle auf die Monatshefte bezüglichen Sendungen sind an einen der Herausgeber oder an die Verlagsbuchhandlung **Leopold Voss** in **Hamburg,** Hohe Bleichen 18 zu richten.

Ausländische Korrespondenten der Redaktion: Dr. H. G. Brooke in Manchester, 189. High Street, Oxford Rd. — Dr. George Thomas Jackson in New York, 14 East 31th Street. — Dr. E. Pontoppidan in Kopenhagen, Kjøbmagergade 53. — Dr. Renouard in Paris, 8 Rue St. Lazare.

Zur gefälligen Beachtung.

Mit diesem Heft schliefst der IV. Band der *Monatshefte für Praktische Dermatologie.* Titel, Register und systematische Übersicht werden thunlichst bald nachgeliefert. Wie bereits in der zweiten Hälfte dieses Jahres werden die *Monatshefte* auch im kommenden Jahre in erweitertem Umfange, 2½ bis 3 Bogen die Nummer, erscheinen. Der Preis bleibt der bisherige, M. 12.— pro Jahrgang, M. 6.— pro Semester.

Um Unterbrechungen in der Zusendung zu vermeiden, werden die Abonnenten um rechtzeitige Erneuerung ihres Abonnements ersucht.

Die ersten Hefte werden u. a. enthalten:

Hereditäre Neigung zur Blasenbildung, von Dr. Max Joseph in Berlin. — *Über die Behandlung des Ekzems und der Impetigo bei Kindern durch innerlichen Gebrauch von Chrysarobin,* von Dr. Stocquart in Brüssel. — *Ein Fall von Lepra tuberosa,* von Dr. Ed. Paulsen in Kiel. — *Die Anwendung des Jodoforms in der Therapie der venerischen Krankheiten,* von Dr. Max Bockhart in Wiesbaden. — *Die Wirkungen des Kokains auf die Sinnesnerven der Haut,* von Dr. A. Goldscheider in Berlin. — *Das Resorcin bei saurer Diathese, oder über die negative Wirkung des Resorcins,* von Dr. Justus Andeer in München. — *Die neueren Arbeiten über den Hautsinn,* von Dr. Max Joseph in Berlin. — *Kokain als Anodynum bei Merkurialstomatitis,* von Dr. Max Bockhart in Wiesbaden.

Anzeigen.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Handbuch
der
Physiologischen Optik
von
H. von Helmholtz.

Zweite umgearbeitete Auflage.

Lex. 8. Mit zahlreichen Holzschnitten.
Erscheint zunächst in etwa 10 Lieferungen von 5—6 Bogen
Preis der Lieferung 3 Mark.

Im November 1885 erscheint:

Bakteriologische Diagnostik.
Hilfstabellen beim praktischen Arbeiten.
Von
Dr. **James Eisenberg.**
Lex. 8. kartonniert. Preis 5 Mark.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg u. Leipzig. — Druck von **J. F. Richter** in Hamburg

Sach-Register.

Abdominaltyphus, Erysipel bei 340.
Aberrationen, morphologische, der Neubildungen und des Fibroma molluscum (Barry) 310.
Abführmittel bei Pruritus ani 236.
Abortive Behandlung der Urethritis (Munnich) 188.
Abscesse durch Kalomelinjektionen 389. 391.
— aktinomykotische, kalte, tuberkulöse (Volkmann) 344.
Abscefsmembran bei Tuberkulose 344.
Acidum arsenicosum s. Arsen.
— boricum s. Borsäure.
— carbolicum s. Karbolsäure.
— muriaticum s. Salzsäure.
Acne s. Akne.
Acné molluscoide 309.
— pedunculé 309.
Acusticus, Lähmung bei Masern 234.
Addisons Krankheit s. Morbus Addisonii.
Adenom 310. 311.
Adeps colli equini als Konstituens von Salicyl und Karbol bei Alopecie (Lassar) 453.
Aderanschwellungen, Chinin bei 294.
Adstringens: Hamamelis virginica 178.
Agra oder Kiellik-ilety, eine favusartige Erkrankung der behaarten Kopfteile 37.
Aie Bashi yarasu 270.
Ainhum, Unnas Verbandmulle bei (Morison) 306.
Akne, Behandlung mit Saponimenten (Unna) 315, (Letzel) 454; mit Schwefelpaste (van Harlingen) 414; mit überfetteter Marmorseife, Salicylseife (Unna) 342; mit dem dreikantigen Stachel 229.
Akne indurata 309. — Behandlung (Stelwagon) 235.
— rosacea, Behandlung (Robinson) 98; mit Ichthyolopodedok (Letzel) 454; mit überfetteter Ichthyolseife (Unna) 342; mit Kohns Löffelstachel 227; mit Solutio Vlemmingkx 237; mit Sphacelinsäure (Unna) 406. — Hypertrophie der Nase bei 98.
— varioloformis, Arsenik bei (St. Thomas Hospital London) 274.
— — universalis mit tödlichem Ausgange (Grunewald) 81.
— vulgaris, Behandlung mit Kohns Löffelstachel 227.
Akonit als Waschung bei Hyperhidrosis 415.
Aktinomykotische Herde 344.
Alaun, gebrannter, mit Salicylsäure bei Hyperhidrosis 415.
Albokarbonlampe und Untersuchungsstuhl zu endoskopischen Zwecken (Unna) 52.
Albuminat-Quecksilber, Bambergers, Wirkung bei Syphilis (Bockhart) 149. 151. 152.
Alkohol bei phagedänischem Karbunkel 271.
Aleppobeule (Altounyau) 270.
Alopecia areata (Startin) 458.
logie (Lassar) 380. 453, (Michelson) 338, (v. Sehlen) 338. 380, (This) 341.
— Behandlung (Lassar) 453; mit

Kantaridinopodeldok (Letzel) 455; mit Resorcin (Ihle) 429; mit Saponimenten (Unna) 315; mit Schwefelsalbe (St. Thomas Hospital London) 274.
Alopecia areata und Bacterium decalvans (Thin) 241.
— pityriasis, Behandlung mit Saponimenten (Unna) 304; mit Schwefelopodeldok (Letzel) 454.
Alumen ustum mit Salicylsäure bei Hyperhidrosis 415.
Aluminiumoleat bei pustulösem Kinderekzem (Stelwagon) 140.
Amboina-Beule 309.
Amidverbindungen des Quecksilbers, Wirkung bei Syphilis (Bockhart) 150. 152.
Ammonium, arsensaures, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 50.
— essigsaures, bei Myxödem 175.
— ichthyolsulfonsaures 444. 445; bei Lepra tuberosa (Unna) *Erg.-Heft* 37.
Anämie bei Syphilis neonatorum 68.
Anästhesie der Urethra durch Kokain (Blumenfeld) 36.
Anatomie des männl. Genitale 137.
Angiom 310. 311. 313.
Anilintinktionen, Konservierung in Dauerpräparaten *Erg.-Heft* 48.
Annamiterwunde 314.
Annuläres papulöses Hautsyphilid 300.
Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhöe (Neisser, 58. Naturforscherversammlung) 376.
Antimoniumtartrat als Antiphlogistikum bei Hautkrankheiten 203.
Antiphlogistikum bei Hautkrankheiten 203.
Antiseptikum 139; bei Gonorrhöe 235.
Antiseptische Vaccinelymphe (Michelson) 324.
Anurie bei Hautgangrän 387.
Aplasie, intermittierende, der Haare 371. 376.
Apparat zur unblutigen Behandlung der Phimosis 239.
— zur Prüfung der Haarfestigkeit 374.
— zur Temperatursinnmessung der Haut (Thermästhesiometer) 1.
Arachnitis 441. 442.
Argentum nitricum bei Ekzem des Gesichts und des behaarten Kopfes (Burchardt) 42; bei parurethralen Gängen 457; bei Gonorrhöe 161, als Prophylaktikum der Gonorrhöe (Haussmann) 264; bei Katarrh des Blasenhalses 201; bei Unterschenkelgeschwüren 199; bei Urethritis (Neisser) 379; bei Variola 354.
Arme, Zoster utriusque der Vorder- 339.
Arnika bei Phlebektasien mit Ekchymosen 198.
Aromata, die (Sigismund) 239.
Arsen bei Akne varioloformis 274; bei tuberkulösen Lymphdrüsengeschwülsten 348; innerlich bei Lupus 139, (Hutchinson) 175. — Ekzem durch 451. — Herpes Zoster durch 38.
— und Arsenige Säure, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 50.
— und Sublimat als Spray bei kondylomatösen Affektionen (Janowsky) 52.
— s. a. Solutio Fowleri.
Arsenikpaste bei Epitheliom 175.
Arsenikseife, überfettete 342.
Arsensaures Ammoniak, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 50.
Arzneiexanthem durch Arsen 38. 451; durch chlorsaures Kali 237; durch Merkur 38. 398. 399; durch Tartarus boraxatus 38.
Arzneiintoxikationen durch Karbol 354; durch Traumaticin 354.
Aseptische Vaccinelymphe, Impfungen mit (Michelson) 324, Litteratur 330.
Asthma und Erbrechen bei Urticaria 238.
Ataxie, frühzeitige syphilitische 271.
— locomotr. und Syphilis 177.
Atlas, syphilitische Nekrose des 442.
Atlas der menschlichen und tierischen Haare, sowie der ähnlichen Fasergebilde, von Waldeyer u. Grimm 169.
Atrophy, Macular 274.
Atropin innerlich bei Hyperhidrosis 415.
Aufhellungs- und Einbettungsmittel mikroskop. Präparate *Erg.-Heft* 52.
Auge, lepröse Erkrankung des *Erg.-Heft* 10. 11.
Augenleiden als Folge von Ekzem (Burchardt) 41.
Augenlider, Ekzem der, Ungt. Hydrarg. praecip. albi gegen 43.
Auspitz' dreikantiger Stachel 228.
— Quecksilberchlorid- Chlornatrium-

lösung, Wirkung bei Syphilis (Bockhart) 148. 151. 152. 154.
Ausstellung dermatologischer Instrumente in Kopenhagen 1884 52. 118. 159. 192. 222. 259. 335. 436.
Ausstrahlungspunkte der Haut 6.
Auswurf s. Sputum.

Bacillen bei Balanitis (Welander, Lassar) 36; der Balano-Postitis (Mannino) 440; der Lepra 305, (Unna) *Erg.-Heft* 65, (Unna, Touton, Neisser) 381, *Erg.-Heft* 2. 19. 21. 27; im phagedänischen Geschwür 314; des Rhinoskleroms 206; im Smegma praeputii und in den Sekreten der Schleimhäute der äußeren Geschlechtsorgane 405; bei Syphilis (Doutrelepont) 232. 342. 403, (Lustgarten) 35, 232, (de Giacomi) 306. 405, (Neisser) 406, (Finger) 406; des Ulcus molle (Ferrari) 439.
Bacterium decalvans und Alopecia areata (Thin) 241.
Bäder, türkische, bei akutem Hautödem 139.
Badewirkungen, die Hautresorption u. ihre Bedeutung für die Physiologie der (Schott) 450.
Balanitis, Stäbchenbefund bei (Welander, Lassar) 36.
Balano-Postitis, Bacillus der (Mannino) 440.
Balggeschwülste der Haut, Reverdins herzförmige Pinzette bei 193.
Balsame bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Balsamum copaivae bei Gonorrhöe 379.
Baltimore, dermatologische Lehrstühle in 186.
Baltische Lepra 305.
Bambergers Quecksilberalbuminat, Wirkung bei Syphilis (Bockhart) 148. 151. 152.
— und Martineaus Quecksilberpeptonat, Wirkung bei Syphilis (Bockhart) 149. 151. 152. 154.
Barbadoes, Pian von 309.
Bart bei Frauen s. Weiberbart.
Bartholinische Drüse, vorgetäuschte Entzündung der (Scarenzio) 435.
Batemans Mulluscum 309.
Becks Mikrosyringe 222.
Belladonnatinktur als Waschung bei Hyperhidrosis 415.
Benzoesäure bei Gonokokken 201.
Berlin, dermatologische Lehrstühle in 27.
Bernsteinöl, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 50.
Beule von Amboina 309.
Bietts Molluscum bei Wöchnerinnen 309.
Bindegewebe, morphologische Aberrationen bei Molluscum 313.
Bindegewebsschichten, primäre tuberkulöse Abscesse der (Volkmann) 268.
Bindehaut- u. Hornhautentzündungen infolge von Ekzem (Burchardt) 41.
Biskrabeule 270.
Bismutum oleinicum mit Zincum olein. bei Entzündungen, Sykosis (Stelwagon) 140.
Blase, Kokain bei Untersuchung der 304.
— Tuberkulose der (Volkmann) 346.
Blasenhals, subakuter Katarrh des, Behandlung mit Instillationen nach Guyon (Pontoppidan) 200.
Blattern s. Variola.
Bleioleat mit Zink- u. Wismutoleat bei Sykosis (Stelwagon) 140.
Bleioxydlösung, alkalische, bei spitzen Kondylomen (Gerhardt) 163.
Bleioxydseife, überfettete 342.
Bleipflastervaselinesalbenmull (Janowsky) 94.
Bleiwasser bei Erysipel 415; bei Unterschenkelgeschwüren 458.
Bleiweißfarbe bei Erysipel 415.
Blennorrhoische Entzündung der samenbereitenden und -ausführenden Organe 304.
— Epididymitis 304.
Blut, Beziehung zu Ekzemen 451.
Blutgefäße, Neubildungen 310.
Blutserumquecksilber (Bockhart) 141. 390. 392, (Lipp) 390.
Borlymphe 328.
Boroglycerid bei reizbarer Psoriasis 458.
Borsäure bei Gonokokken 202; bei Herpes tonsurans 274; bei Pruritus ani 236; als Waschung bei Hyperhidrosis 415.
— in Chloroform bei Herpes tonsur. 65.
Borseife, überfettete 342.
Boston, dermatologische Lehrstühle in 185.
Bougies aus Mandelöl-Sodaseife bei Gonorrhöe 235.

Brandwunden, Jodoform als Boluspaste bei 178. — s. w. Verbrennungen.
Breite Kondylome s. Kondylome.
Breiumschläge bei Karbunkel (Bulkley) 268.
Brenzkatechin bei Lepra (Unna) *Erg.-Heft* 37.
Bromidrosis, überfettete Zinkseife bei 342.
— der Füfse, Hebrasche Salbe bei 415.
Bromsäure bei Merkurialstomatitis (Bockhart) 249. 250. 251. 258.
Bromwasserstoffsäure bei Merkurialgeschwüren (Gerhardt) 162.
Bronchopneumonie mit Pemphigus-eruption 305.
Bronzefärbung der Haut bei Morbus Addisonii 305.
Brust, weibliche, interstitielles Fibrom 311. — Tuberkulose der (Volkmann) 347.
Brustkrebs, lymphatische Infiltration der Haut bei (Hoggan) 457.
Brustwarze, Kokain bei Ekzem der (Unna) 71.
— Karcinom der 313. — Retraktion bei Ekzem 37.
Brustwarzen, wunde, Kokain bei (Unna) 71; (Weissenberg, Marfau) 139; (Häcker) 355.
Bubo und Ulcus molle 107. 176.
Bubonen (Funk) 105. — Behandlung, Operation und Verbandmethoden (Janowsky) 215. 330. — Jodoformgittermull bei (Janowsky) 94. — Phagedän bei 176. — Schankröswerden (Funk) 107, (Janowsky) 333. — Zur Statistik (Janowsky) 330, (Tommasoli) 435.
— indolente, Kalomelinjektionen bei (Bockhart) 392.
— suppurierende, Behandlung (Kommunehospital Kopenhagen) 59.
Buboneneiter, Inokulationsfähigkeit (Funk) 105, (Straus, Horteloup, Diday) 176.
Bubonuli 106.

C s. a. K.
Caries, tuberkulöse, der Wirbelsäule 268.
Champignons, Hautaffektion nach Genufs von 308.
Chanker s. Schanker.
Chinin bei Aderanschwellungen 294; bei Erysipel 415; bei Gesichtsrose 297; bei Hautaffektionen (H. Hager) 294; bei Ophthalmia impetiginosa 294; bei Panaritium 294; bei Salzfluſs 297; bei Varicellen 297.
Chininpillen (Hager) 299.
Chininzuckerle, Rozsnyaysche 298.
Chirurgen-Kongrefs 1885 266. 344.
Chirurgische Behandlung des chronischen Ekzems (Bockhart) 300; des chronischen Trippers (Harrison) 457.
Chloral als Waschung bei Hyperhidrosis 415.
Chlorkalk bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Chlornatrium, Einwirkung auf Kalomel und Quecksilberoxyd im Organismus 452. 453.
Chloroform als Vehikel bei Herpes tonsurans 99.
Chlorsaures Kali s. Kali.
Chlorzink bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Choc en retour 32.
Chondrom 310. 311. 312.
Chromidrosis, Naphthol-Opodeldok bei 454.
Chrysarobin 415; bei Lepra tuberosa (Unna) *Erg.-Heft* 37; innerlich bei Ekzem der Ohrmuschel 208.
Chrysarobin-Chloroform bei Herpes tonsurans des Kopfes 238.
Chrysarobingelatine nach Pick 50.
Chrysarobinpflastermull nach Unna (Janowsky) 49. 51.
Chrysarobin-Traumaticin 49; bei Psoriasis (Kommunehospital in Kopenhagen) 202.
Cochinchina, Geschwür von 314.
Condylome s. Kondylome.
Congenital naevus lipomatodes (Hyde) 302. 307.
Conjunctivitis infolge von Ekzem (Burchardt) 41.
— purulente, Gonokokkenbefund 64.
Coryza, Hagers Katarrhpillen bei 299.
Cowpersche Drüsen (Stilling) 339.
Cuscosches Speculum, neue Art der Eröffnung nach Reverdin 194.
Cylindrom 312.
Cysten 310. — Reverdins herzförmige Pinzette bei 192.

Dammarharz, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 49.
Daroo 270.

Dattelgeschwür 270.
Delhi-Beule 270.
Dementia paralytica und Syphilis (Revillon) 69, (Mendel) 442.
Dermatitis exfoliativa adultorum (Funk) 155.
— — neonatorum 158.
— herpetiformis bei Schwangerschaft (Brooke) 272. — Verhältnis des Herpes gestationis und andrer Dermatosen zur (Duhring) 357.
— — bullos. (Duhring) 365.
— — vesiculos. (Duhring) 358.
— venenata, Picks Salicylleim bei (Morison) 307.
Dermatologie, die, an den deutschen Hochschulen (Unna) 24. 103.
— auf dem Kongreſs italien. Ärzte in Perugia 434.
— auf der 58. Naturforscherversammlung 370.
— gegenwärtiger Stand in den Vereinigten Staaten (Jackson) 181.
— und Syphilographie in Italien (Gamberini) 220.
Dermatosen der behaarten Haut, Saponimente bei (Unna) 304. 454.
— squamöse und pruriginöse, Saponimente bei 454.
— trockene chronische, Saponimente bei 304. 315.
Dermatotherapie, neuere Errungenschaften der (Thin) 175.
Dermoidcysten 310.
Detroit (Mich.), dermatologische Lehrstühle in 187.
Deutsche Hochschulen, die Dermatologie an den (Unna) 24. 103.
Diapasmata 239.
Dieterichs Saponimente oder medizinische Opodeldoke (Letzel) 304; (Unna) 315; 454.
Dilatator, Unnas 438.
Dorsalgefäſse 450.
Drucknerven 6.
Druckpunkte der Haut 5. 6.
Drucksinnsprüfung der Haut 5. 7.
Drüse, Bartholinische, vorgetäuschte Entzündung der (Scarenzio) 435.
Drüsen, Cowpersche (Stilling) 339.
— Tysonsche 138.
Drüsenanschwellungen, tuberkul. 347.
Drüsenhyperplasien, Jodoformopodeldok bei 455.
Eczème acneique 274.
Ehe und Hauterkrankung (Ohman-Dumesnil) 269.
Einbettungs- und Aufhellungsmittel mikroskop. Präparate *Erg.-Heft.* 52.
Einbrennen der Haut 287. 293.
Einjahrsknoten 270.
Eintrocknungsmethode mikroskopischer Schnitte (Unna) *Erg.-Heft* 61.
Eisen bei Aleppobeule 271.
Eiterzellen, Gonokokken in 455.
Ekzem, im St. Thomas Hosp. zu London 273. — Zur Ätiologie (Kroell) 451. — Behandlung (Burchardt) 41; mit Kaolin- u. Kaolinleinölpasten (van Harlingen) 414; mit Salicylzinkvaselinpaste 425; mit überfetteten Tannatseifen (Unna) 342; mit Terpentinöl innerlich (Crocker) 203; mit Unnas Pflaster- und Salbenmullen (Morison) 306; mit Zinkoleat 140; mit Zinkoxydthymolsalbenmull (Janowsky) 92. — Herpes Zoster bei 174. — Karcinomatöser Charakter 37. — Kontraindikation der Ehe 269. — Ursache von Augenerkrankungen (Burchardt) 41. — Retraktion der Brustwarze bei 37.
— durch atmosphärische Einflüsse 236; durch Arsen 451; durch Merkurgebrauch 38. 398. 399.
— der Augenlider, Ungt. Hydrarg. praecip. albi gegen 43.
— der Brustwarze, Kokain bei (Unna) 71.
— des Gesichts u. des behaarten Kopfes, Höllensteinlösung gegen (Burchardt) 42.
— der Kopfhaut, Schwefelopodeldok bei 454.
— der Ohrmuschel, Chrysarobin innerlich bei 208.
— akutes, Resorcin bei (Ihle) 423. 432.
— chronisches, chirurg. Behandlung (Bockhart) 300. — Behandlung mit Resorcin (Ihle) 423. 432; mit Salicyl (Janowsky) 49; mit überfetteter Salicylseife (Unna) 342.
— pustulöses, bei Kindern, Aluminiumoleat bei 140.
Ekzema flavum (Unna) 274.
— madidans, überfettete Zinksalicylseife bei 342.
— marginatum, Behandlung mit Resorcin (Ihle) 428; mit Salicylsäure und Ichthyol (Funk) 355; mit Saponimenten (Letzel) 454.

Ekzeme des Gesichts, chronische, und Hauttuberkulose (Esmarch) 352.
— infiltrierte, Saponimente bei (Unna) 315. 454.
— nässende, Saponimente bei 454.
— subakute, überfettete Salicylseife bei 342.
— trockene, überfettete Ichthyolseife bei 342.
Ekzemsalbe (Burchhardt) 43.
Eleidin 8. 96.
Elektrizität bei Lupus erythematosus 236.
Elektrizitätsströme, starke, Wirkung auf die Haut (Shield u. Délépine) 238.
Elektrolyse bei Akne indurata 235; bei Frauenbart (Michelson) 450; bei organ. Harnröhrenveränderungen 71; bei Hypertrichosis (Hardaway) 317, (Jackson) 269, (Unna) 337.
Elektrolytische Behandlung der Haarbälge, Nadelhalter zur 320. 335.
Elephantiastische Formen (Esmarch u. Kulenkampff) 301.
Empfindlichkeit der Haut für Temperaturen, Prüfung (Eulenburg) 1.
Emphysema subcutaneum totale (Moschner) 443.
Encephalitis corticalis 442.
Encephaloid 312.
Endoskop, Schwabes 439; Ultzmanns 162.
Endoskope, Piffards 438.
Endoskopie bei Urethritis 64. — Untersuchungsstuhl und Albokarbonlampe zur (Unna) 52.
Energien, spez., der Hautnerven (Goldscheider) 5.
Entzündung der parurethralen Gänge 456.
— blennorrhoische, der samenbereitenden und -ausführenden Organe 304.
— syphilitische, des N. opticus 457.
— vorgetäuschte, der Bartholinischen Drüse (Scarencio) 435.
Entzündungen, Behandlung mit Chinin (Hager) 294; mit Zinkoleatsalbe 140.
Epididymitiden, Hodenkompression bei 177.
Epididymitis, Lehmbrei bei 234.
— blennorrhoische 304.
— gonorrhoische, ambulatorische Behandlung 202. — Temperatur bei (Kommunehospital Kopenhagen) 59.
— syphilitische, Entwickelung 68.
— — frühzeitige 271. 308.
Epilation, elektrolytische, von Haaren s. Elektrolyse.
Epithel, morphologische Aberrationen bei Molluscum 310. 313. 314.
Epitheliom 310. 311. 312. 313. — Behandlung (Holden) 175; mit Jequirity (Shoemaker) 99. — Kohns Löffelstachel bei 227.
Epithéliome lobulé 312.
— muquoide 312.
Epithelzellen, Gonokokken in 455.
Erbrechen und Asthma bei Urticaria 238.
Erfrierungen, Waschungen mit chlorsaurem Kali bei 66.
Ergota mit Zincum oxyd. bei Karbunkel (Bulkley) 268.
Ergrauen, intermittierendes, der Kopfhaare 371. 376.
Erkältung, Skleroderma im Anschluſs an 101.
Ernährungsstörungen der Haut auf nervösem Wege [Trophoneurosen der Haut] (Kopp) 392.
Errungenschaften, neuere, der Dermatotherapie (Thin) 175.
Erysipel, zur patholog. Anatomie 340. — Behandlung 415; mit Chinin 297; mit Jaborandi 139; mit Kokain 355; mit subkut. Injektionen (Amici) 435. — Mikroorganismen des 138. 207. 340. — bei Typhus 340.
— und Elephantiasis 301.
— und Lepra *Erg.-Heft* 20.
— puerperales 138.
Erysipelkokken 138. 207. 340.
Erythem, polymorphes infektiöses (Mahon de Molènes) 204.
Erythema annulatum 365.
Erytheme, Saponimente bei 454. — bei Febris recurrens 67.
Essigsaure Thonerde s. Thonerde.
Eulenburgs Thermästhesiometer 1.
Exanthem durch Arsen 38. 451; durch chlorsaures Kali 237; durch Tartarus boraxatus 38. — im Verlaufe von Typhus abdomin. 38.
Excision der Initialsklerose (Schwimmer) 36, (Wolff) 118, (Michelson) 120.
— des syphilitischen Schankers 306.

Facialisparalysen, periphere, durch Herpes Zoster kompliziert (E. Voigt) 95, (Eulenburg) 95, (Remak) 166.
Färbung der Neisserschen Gonokokken (Welander) 36.

Färbung der Syphilisbacillen (Lustgarten) 35, (de Giacomi) 306.
Fasciculäres Neurom 310.
Favus, Behandlung mit Resorcin (Ihle) 429; mit Saponimenten (Letzel) 454.
Favuspilz (Quincke) 433.
Febris recurrens, Hauterscheinungen bei (Rochusspital in Budapest) 67.
Feigwarze s. Kondylome.
Ferrum sesquichlor. solut. als Injektion in variköse Venen (Weinlechner) 36.
Fett und Vaselin in Salben 23.
Fibroma molluscum (Barry) 310. 313.
Fibrome 310. 311. 313.
Fieber als Ursache langer Inkubation bei Syphilis 435.
Finger, symmetr. Gangrän der 178.
Fistula ani (Volkmann) 346.
Fixierungsnadel zur Phimosenoperation (Wolff) 263.
Fleckenlepra *Erg.-Heft* 7.
Flohlarve, die, als Pseudoparasit des Menschen (Bergh) 209.
Foetus, Infektion durch den 98.
Follikuläre Ichthyosis (Lesser) 303.
Fossa navicularis, Strikturen der, Piffards Instrumente zur Behandlung 436.
Fowlersche Solution s. Solutio Fowleri.
Frauen, Tripper der 97, (Martineau) 239.
Frauenbart s. Weiberbart.
Froschhaut zur Transplantation auf Geschwüre 99.
Frost der Lippen, Nase, Wangen, Ohren 236.
Frühzeitige syphilitische Ataxie 271.
— — Epididymitis 271.
Fungoide Mykosis (Rindfleisch) 164.
Fungoides Granulom (Auspitz, Hochsinger, Schiff) 264.
Fungus der Haut, Milchsäure bei 303.
Furunkel durch Kälte erzeugt 236.
Furunkulose und Melluturie, Zusammenvorkommen 65.
Furunkulöse Form der Haut- und Zellgewebstuberkulose (Volkmann) 268.
Füfse, Hebrasche Salbe bei Bromidrosis der 415.
Fufsnägel, eingewachsene, Kur 236.
Fufsschweifse, stinkende, Kali hypermanganicum bei 238.
Fufssohle, syphilit. Affektionen der, Behandlung 49.

Galvanokaustik zur Entfernung von Haaren 319. 324.
Gänge, parurethrale 456.
Gangrän der Haut, Anurie bei 387.
— multiple kachektische der Haut, zur Ätiologie (Eichhoff) 36.
— symmetrische, der Finger 178.
Gaumen, Tuberkulose des (Volkmann) 345.
Geheimmittel bei fleckiger Haarkrankheit 459.
Gehirnembolie, Pruritus cutaneus unlateralis nach 299.
Gelbfärbung, periodische, bei Xanthoma multiplex 175.
Gelenksleiden, syphilitische, zur Lehre von den (Finger) 67.
Genitalapparat, Tuberkulose des 353, (Volkmann) 346.
Genitale, männliches, Beitrag zur Anatomie des 137.
Gerbsaures Quecksilberoxydul bei intrakranieller Syphilis (Köbner) 300.
Geruchskorrigens für Ichthyol 445.
Geschlechtsteile, äufsere, Bacillen im Sekret der 405.
Geschmackskorrigens für Ichthyol 445.
Geschwür von Cochinchina 314.
— von Mozambique 314. — Jodoform bei 315.
— von Neukaledonien 314.
— phagedänisches, der heifsen Klimate, mikroparasitärer Ursprung u. Behandlung (Le Dantec) 314.
— weiches, Bacillen des (Ferrari) 439.
Geschwüre, Jequirity bei (Shoemaker) 99. — Transplantation von Vorhäuten von Kindern auf 100.
— des Unterschenkels, Behandlung (Unna) 198.
— gummöse, der Zunge, Blutserumquecksilber bei 145.
— hartnäckige, Transplantation von Froschhaut 99.
— schwache, Lehm als Heilmittel 99.
— syphilitische, Resorcin bei (Ihle) 433.
— tuberkulöse der äufsern Haut (Volkmann) 267.
— — an den Lippen 346.
— — der Zunge 345. 352. 353.
— variköse, Hamamelis bei 178.
— venerische, Jodoformgittermull bei (Janowsky) 94.
Gesicht, Schutz des, bei Variola (Caselli) 435.
— verklammtes 236.
Gesichtsrose, Chinin bei 297.
— idiopathische 415.

Getränke, kohlensaure, bei Acne rosacea 98.
Gewebe, lymphatisches, Neubildungen 310.
— pathogene, Milchsäure zur Zerstörung 303.
Gewebsflächen, Reverdins Pinzette zum Fassen von 193.
Gibiers sphärische Kokken bei Pemphigus 271.
Glasbläser, Syphilis der (Besnier) 177.
Gliomatose, zentrale, des Halsmarks (Remak) 95.
Globi *Erg.-Heft* 76.
Glycerin, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 51.
Glykokoll-Quecksilber bei Syphilis150. 152. 154. 353.
Gonococcus, Studien über den (Lundström) 455.
Gonokokken bei Gonorrhöe (Neisser) 376, (Lundström) 455. — Färbung (Welander) 36. — Reinkulturen, Einfluſs von Reagenzien, Impfung (Lundström) 455. — Bei purulenter Conjunctivitis 64. — Im Sekret bei Urethritis kleiner Mädchen 64. — Im weiblichen Trippersekret 239.
Gonokokkenlehre, hat dieselbe unsre therapeutischen Erfolge gegen Gonorrhöe verbessert? (Welander) 201.
Gonokokkentötende Mittel (Welander) 201, (Neisser) 379.
Gonorrhöe, zur abortiven Behandlung (Munnich) 188. — Behandlung mit Heiſswasserinjektionen 70; mit Kokain 304; mit Resorcin (Letzel) 411; mit Seifenlösung und Bougies aus Mandelöl-Sodaseife 235. — Höllenstein als Prophylakticum (Haussmann) 264. — Injektionsflüssigkeiten nach Finger 161. — Ultzmanns Instrumente bei 159. — Hat die Gonokokkenlehre unsre therapeutischen Erfolge gegen Gonorrhöe verbessert? (Welander) 201.
— bei Frauen 97, (Martineau) 239.
— akute, Blutserumquecksilber bei 155.
— chronische, Ansteckungsfähigkeit (Neisser) 376. — Chirurgische Behandlung (Harrison) 457.
Gonorrhoische Epididymitis, ambulatorische Behandlung 202.
Granuloma fungoides (Auspitz, Hochsinger u. Schiff) 264.
Graue Salbe 151. 152. 153.
Graue Seife 315.
Greffotom von Reverdin 192.
Guajakharz, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 49. 50.
Gumma des Hodens, Blutserumquecksilber bei 145.
Gummigeschwülste 344.
Guyons Instillationen, bei subakutem Katarrh des Blasenhalses (Pontoppidan) 200; bei chron. Urethritis 64.

Haar, intermittierende Aplasie 371. 376. — Ausstrahlungspunkte der Haut an dem 6. — Abnorme Entwickelung 450. — Apparat zur Prüfung der Festigkeit 374. — Pigment im (Riehl) 37. — Schwefelgehalt im Pigment 305. — Veränderung bei einem Epileptiker 97; bei Tabes 234.
Haarbälge, elektrolytische Behandlung (Hardaway) 317, (Unna) 335.
Haare, Atlas der menschlichen u. tierischen, von Waldeyer u. Grimm 169.
— variköse 375.
Haarfarbe, Wiederkehr bei einem Greise 99.
Haarmenschen 171.
Haarschwund, Resorcin bei (Ihle) 429.
Habb-el-sench 270.
Hagers Katarrhpillen und Eisenpillen 299.
Hagersche Reaktion zur Prüfung der Oxygenophilie *Erg.-Heft* 52.
Halsmark, zentrale Gliomatose des (Remak) 95.
Halswirbel, syphilitische Nekrose des 442.
Hamamelis virginica als Tonikum, Adstringens und Hämostatikum 178; bei Phlebektasien des Unterschenkels (Unna) 198; bei Varicen, varikös. Geschwüren und Hämorrhoidalblutungen 178.
Hämorrhoidalblutungen, Hamamelis bei 178.
Hand, papillöse Formen des Lupus der 351.
Hände, verklammte 236.
Handfläche, syphilit. Affektionen der, Behandlung 49.
Hardaways Nadelhalter zur elektrolyt. Behandlung der Haarbälge 320.
Harnröhreninjektor, Ultzmannscher 160.
Harnröhrenstriktur, Kokain bei 452.
Harnröhrentherapie, Ultzmanns Instrumente zur 159.

Harnröhrenuntersuchung, Kokain bei 304.
Harnröhrenveränderungen, organische, Behandl. durch Elektrolyse 71.
Haertels Quetschhahn 179.
Haustiere als Verschlepper des Scharlachgiftes 70.
Haut, Ausstrahlungspunkte (Goldscheider) 6. — Bronzefärbung bei Morbus Addisonii 305. — Druckpunkte 5. 6. — Drucksinnsprüfung der 5. 6. — Einbrennen der 287. 293. — Wirkung sehr starker Elektrizitätsströme auf die (Shield u. Délépine) 238. — Über die wissenschaftliche Grundlage der Lehre von den Ernährungsstörungen auf nervösem Wege [Trophoneurosen] (Kopp) 392. — Lymphatische Infiltration bei Brustkrebs (Hoggan) 457. — Einwirkung des Lichts auf die 286. — Pigment der (Unna) 277. — Abnorme Pigmentation bei Morbus Addisonii (Lewin) 412. — Sinnespunktzentren (Goldscheider) 6. — Temperatursinnsmessung (Eulenburg) 1. — Thermische Punkte 4. 6. — Trophische Störungen im Gebiete des Trigeminus bei Tabes 234. — Tuberkulöse Geschwüre der äufsern (Volkmann) 267. — Verfärbung bei kongenit. Hypertrophie 66; bei Tabes 234.
— Reverdins herzförmige Pinzette bei Balggeschwülsten der 193.
— Jodoform als Boluspaste bei Brandwunden der 178.
— Überfettete Rhabarberseife u. Salicylseife bei Pilzaffektionen der 342.
— Resorcin bei Wucherungen (Ihle) 430.
— behaarte, Saponimente bei Dermatosen der (Unna) 304. 454.
— lepröse, zur Histologie der (Unna) *Erg.-Heft* 65.
— menschliche, Pigment der (Unna) 277.
Hautaffektionen durch Temperaturveränderungen bei kaltem Wetter 236. — Chinin bei (H. Hager) 294.
Hautausschlag, pustulöser, beim Hunde durch Rundwürmer 97.
Hautdecken, Tuberkulose der äufsern (Volkmann) 267. 344. 351.
Hauterkrankungen und Ehe (Ohman-Dumesnil) 269.
Hauterscheinungen bei Febris recurrens (Rochusspital in Budapest) 67.
Hautfungus, Milchsäure bei 303.
Hautgangrän, Anurie bei 387. — Zur Ätiologie der multiplen kachektischen (Eichhoff) 36.
Hautgeschwür von trophoneurotischem Ursprung 97.
Hautgumma, Blutserumquecksilber bei 145.
Hauthörner (Bergh) 64. — Färbung bei 283.
Hautkrankheit mit Flohlarven kompliziert (Bergh) 210.
— interessante (Shearar) 174.
— neue (Kaposi) 304.
— noch unbeschriebene (Doutrelepont, 58. Naturforscherversamml.) 386.
Hautkrankheiten, Behandlung mit Ichthyol (Lorenz) 445; mit Kokain 98; mit Oleaten (Stelwagon) 140; mit Pasten (van Harlingen) 414; mit Resorcin (Jhle) 421; mit Saponimenten 454; mit Terpentinöl innerlich 203; mit Unnaschen Salben- und Pflastermullen (Janowsky) 46. 92. — Plastische Darstellung von (Brooke) 16. 108. — Einfluſs des Alters u. der Jahreszeit bei (Stelwagon) 237.
— akute, Antimonium Tartaratum als Antiphlogistikum bei 203.
— parasitäre, Saponimente bei 454.
Hautlepra *Erg.-Heft* 8.
Hautnerven, spezif. Energien der (Goldscheider) 5. — Entwickelung von Lichen planus im Verlaufe der 66.
Hautödem, akutes umschriebenes 139.
Hautpilze, überfettete Seifen bei 342.
Hautreizung durch Vaselin 69.
Hautresorption, die, und ihre Bedeutung für die Badewirkungen (Schott) 450.
Hautrötung nach Genuſs von Champignons 308.
Hautsekretuntersuchung, Becks Mikrosyringe bei 224.
Hautsyphilid, annuläres papulöses 300.
— papulöses, Blutserumquecksilber bei 145.
Hautsyphilide, histologische Veränderungen der (Neumann) 450.
Hauttuberkulose s. Tuberkulose.
Haut- u. Zellgewebstuberkulose, furunkulöse Form der (Volkmann) 268.
Hautwucherungen, Resorcin bei (Jhle) 430.
Hebrasche Salbe bei Bromidrosis der Füfse 415.
Hebrascher Seifengeist 315.

Heifswasser bei Akne 235; bei Lupus erythematosus 236.
Heifswasserinjektionen bei Gonorrhöe 70.
Hemiparesis 300.
Herpes bei Febris recurrens 67.
— des Rachens 307.
— circinnatus bullosus 359. 360. 363.
— gestationis, Verhältnis zur Dermatitis herpetiformis (Duhring) 357.
— impetiginiformis 360.
— Iris (Stelwagon) 235. 368.
— pemphigoïde 364. 367.
— phlyctaenodes 364. 365.
— progenitalis 60.
— pyaemicus 364.
— tonsurans (Thin) 241. — Behandlung (Malcolm Morris) 65, (Foulis) 175; mit Borsäure 274; mit Chrysarobin-Chloroform 238; mit Krotonöl (Thin) 175; mit Quecksilberoleat 140. 272. 274; mit Resorcin (Jhle) 424; mit Saponimenten 454; mit unterschwefligsaurem Natron 66; mit Sodiumhypophosphit 238.
— — bei Impetigo contagiosa 35.
— — maculosus (Elliot) 307.
— vegetans 364.
— Zoster 237. — Untersuchungen über (Gerhardt) 173. — Interessanter Fall (Pearson) 308. — Bei Arsengebrauch 38. — Mit Ekzem 174. — Bei peripherischen Facialisparalysen, zur Pathogenese (Remak) 166.
— — bilateralis 98.
— — faciei, Komplikation mit peripherer Facialparalyse (Eulenburg) 95, (Remak) 166.
— — occipito-collaris, Komplikation mit peripherer Facialparalyse (E. Voigt) 95.
— — utriusque antibrachii 339.
Hexenschufs, Ammonium sulfoichthyolicum bei (Lorenz) 445.
Histologische Veränderungen der Hautsyphilide (Neumann) 450.
Hochschulen, deutsche, die Dermatologie an den (Unna) 24. 103.
Hodengumma, Blutserumquecksilber bei 145.
Hodenkompression bei Epididymitis 177.
Hodentuberkulose 346. 353.
Höllenstein s. Argentum nitricum.
Hornfarbe 280. 282. 284.
Horngebilde, Genese der (Brooke) 96.
Hornhautentzündungen infolge von Ekzem (Burchardt) 41.
Hornsubstanz 281.
— des Nagels 9. 14.
Hunde als Verschlepper des Scharlachgiftes 70.
Hydrargyrum bisulfuricum bei Acne rosacea 98.
— chloratum s. Kalomel.
— olein. bei Syphilis (Stelwagon) 140.
— tannicum bei Lues neonatorum 68; bei Syphilis 389; bei intrakranieller Syphilis (Köbner) 300.
— s. w. Präzipitat und Quecksilber.
Hydroa 368.
Hydrocephalus 442.
Hydrochinonsalbe bei Lepra (Unna) *Erg.-Heft* 37.
Hyperhidrosis, Behandlung 415; mit Naphthol-Opodeldok 454; mit überfetteter Zinkseife 342.
Hypertrichosis 171, (Jackson) 269, (Michelson) 450. — Radikalbehandlung mittels Elektrolyse (Hardaway) 317.
Hypertrophie der Nase bei Acne rosacea 98.
— kongenitale einseitige, mit Verfärbung der Haut 66.

Ichthyol (Lorenz) 444. — Bei Lepra tuberosa (Unna) *Erg.-Heft* 33; bei Phlebektasien des Unterschenkels (Unna) 198; bei Prurigo infantilis 274. — Geruchskorrigens für 445.
— mit Salicylsäure bei Ekzema marginatum (Funk) 355.
Ichthyolopodeldok bei Rosacea 454.
Ichthyolpflaster 445.
Ichthyolseife, überfettete 342. 445.
Ichthyolsublimatpflastermull nach Unna bei Lupus (Janowsky) 93.
Ichthyolsulfonsaure Salze 444.
Ichthyolwatte 445.
Ichthyolzinksalbe bei Lepra *Erg.-Heft* 42.
Ichthyosis, Behandlung mit Resorcin (Ihle) 432; mit Saponimenten 454. — Färbung bei 283. — Als Kontraindikation der Ehe 269.
— mit bedeutender Verkürzung der Haut (Lang) 401.
— und Xeroderma (Kinnier) 307.
— follicularis (Lesser) 303.

Ichthyosis sebacea 101.
— universalis (Tommasoli) 435.
Ihlesche Suspensorien 121. — Verbesserung von Kohn 126.
Impetigo contagiosa 273, (Stelwagon) 235. — Mit Herpes tonsurans 35.
— herpetiformis 357. 360. 363.
Impfung, Becks Mikrosyringe bei 224. — Syphilisübertragung durch human. Lymphe (Gallia) 434.
Impfungen mit Gemischen von humanisierter Vaccine-Lymphe und antiseptischen Flüssigkeiten (Michelson) 324. Litteratur 330.
— experimentelle, mit Schankereiter 383.
Impfversuche mit Buboneneiter 176; mit Morbus maculosus Werlhofii 235; mit Vaccine Syphilitischer 235.
Infektion durch den Foetus 98.
Infiltration, lymphatische, der Haut bei Brustkrebs (Hoggan) 457.
Inguinaldrüsen, Exstirpation (J. Naumann) 355.
Injektionen bei Lupus, Akne u. s.w.: Auspitz, dreikantiger Stachel 227. 228; Kohns Löffelstachel 225; Schiffs Hohlnadel 227. 229; Lupusinjektor von Marconi-Vajda 259, nach Wolff-Nyrop 260, nach Wolff-Streifsguth 261, nach Unna 261.
— in die Harnröhre, Ultzmanns Instrumente 159.
— — bei Blasenuntersuchung: Kokain 304.
— — bei Gonorrhöe (Finger) 161, (Neifser) 379. — Heifswasser 70. — Höllenstein als Prophylaktikum (Haussmann) 264. — Kokain 304. — Resorcin (Munnich) 188, (Letzel) 411. — Seifenlösung 235.
— — bei Harnröhrenuntersuchung: Kokain 304.
— — bei Strictura urethrae: Kokain 452.
— subkutane: Becks Mikrosyringe zu 223; Kraus' Spritze 263.
— — bei Erysipel (Amici) 435.
— — bei Syphilis: Blutserumquecksilber (Bockhart) 141. 390. — Kalomel 391. 434, (Bockhart) 151. 390, (Neisser) 387, (Soffiantini) 178, (v. Watraszewski) 174. — Quecksilberalbuminat (Bockhart) 149. — Quecksilberbicyanuret (Bockhart) 149. — Quecksilberchlorid - Chlornatrium (Bockhart) 148. — Quecksilberchloridharnstoff (Schütz) 353. — Quecksilberpeptonat (Bockhart) 149. — Serumalbuminquecksilber (Bockhart) 390. — Sublimat (Bockhart) 148, 434.
Injektionsinstrumente 159. 222. 259.
Initialsklerose bei frischer Syphilis 60. — Excision (Schwimmer) 36, (Wolff) 118, (Michelson) 120, (Neumann) 355. — Kokain als Anästhetikum bei Excision 304.
Inkubation, lange, bei frischer Syphilis (Jullien) 435.
Innsbruck, Nervenlepra in (Lang) 451.
Inokulationsfähigkeit des Buboneneiters (Straus, Horteloup, Diday) 176.
Instillationen bei subakutem Katarrh des Blasenhalses (Pontoppidan) 200; bei chron. Urethritis 64.
Instrumente zur Injektion 159. 222. 259.
— Piffards, zur Behandlung der Strikturen der Fossa navicularis 436.
— von Schwabe in Moskau 438.
Intoxikation durch Karbol 354; durch Traumaticin 354.
Intrakranielle Syphilis (Köbner) 300.
Irrigationskatheter, Ultzmanns 161.
Italien, die Dermatologie und Syphilographie in (Gamberini) 220.
— Kongrefs der ital. Ärzte in Perugia 434.

Jaborandi bei Erysipelas 139.
Japan, Lepra in (Baelz) *Erg.-Heft* 22.
Jequirity (Shoemaker) 99.
Jod bei Unterschenkelgeschwüren 199; bei Variola 354, (Caselli) 435.
Jodblei bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Jodeisen bei Lues neonatorum 68.
Jodismus, Wesen und Behandlung 454.
Jodkali, Anwendung per rectum (Gerhardt) 164. — Einwirkung auf Kalomel im Organismus 453. — Wirkung auf Gonokokken 202.
— bei Aleppobeule 271; bei syphilit. Ohrerkrankung 459; bei hereditärer Syphilis 32; bei Tabes 177.
— mit Jod und Extr. Belladonnae als Suppositorium bei Prostatitis (Finger) 449.

Jodkaliumausschlag 237.
Jodkaliumseife, überfettete 342.
Jodoform bei Geschwür von Mozambique 315; bei weichem Schanker 177; bei Unterschenkelgeschwüren 199. — Wirkung auf Gonokokken 201.
— als Boluspaste bei Brandwunden der Haut 178.
Jodoformgittermull bei venerischen Geschwüren und Bubonen (Janowsky) 94.
Jodoformopodeldok bei Strumen und Drüsenhyperplasien 455.
Jodoformsalbe gegen Scabies 235.
Jodoformtamponade bei Mastdarmfisteln 346.
Jodoformverband bei Schankerbubonen (Janowsky) 217. 219.
Jodoformvergiftung, Urin bei 97.
Jodol (Wolff) 407.
Jodpräparat, ein neues (Wolff, 58. Naturforscherversamml.) 407.
Jodtinktur bei Aleppobeule 271.
— und Terpentinöl bei Herpes tonsurans 175.

Kachektische Hautgangrän, zur Ätiologie 36.
Kadeöl 178.
Kali, chlorsaures, bei Merkurialstomatitis (Bockhart) 257. 258; bei Unterschenkelgeschwüren 199; bei Verbrennungen und Erfrierungen 66. — Exanthem durch 237.
— ichthyolsulfonsaures 444.
— übermangansaures, gegen stinkende Fufsschweifse 238; bei Gonorrhöe 161; bei Merkurialstomatitis (Bockhart) 250. 251. 252. 257; bei phagedänischem Geschwür heifser Klimate 314; bei Unterschenkelgeschwüren 199. — Wirkung auf Gonokokken 201.
— — und Sublimat als Antiseptikum 139.
Kalischmierseife, überfettete 315.
Kaliseife bei Lichen planus der Glans penis 175.
Kalium jodatum s. Jodkali.
Kalomel, innerlich bei Lues neonatorum (Monti) 68. — Veränderungen im Organismus 452. — Subkutan bei Syphilis (Smirnoff) 59, (Bockhart) 151. 152, (v. Watraszewski) 174, (Soffiantini) 178. 434, (Neisser) 387, 390. 391.
Kalomelinjektionen bei indolenten Bubonen (Bockhart) 392. — Abscesse und Stomatitis durch 389. 391.
Kalte Abscesse 344.
Kälte, Entstehung von Hautkrankheiten durch 236. — Lupusbehandlung durch (Gerhardt) 452.
Kälte- u. Wärmeempfindlichkeit der Haut, Prüfung (Eulenburg) 2.
Kältenerven 4.
Kältepunkte der Haut 4. 6.
Kälteschmerz 4.
Kampferöl bei symmetr. Gangrän der Finger 178.
Kampferseife u. Kampferschwefelseife, überfettete 342.
Kanadabalsam, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 49.
Kankroid 312.
— intraglanduläres 311.
Kantharidinopodeldok bei Alopecia areata 455.
Kantharidinsaponimente 315.
Kaolinpasten und Kaolinleinölpasten bei Ekzem (van Harlingen) 414.
Karbolisierte Lymphe, Impfung mit 325.
Karbolpaste bei Variola 354.
Karbolsäure bei Erysipel 415; bei Gonorrhöe 161; bei phagedänischem Geschwür heifser Klimate 314; innerlich bei Variola 354. — Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 51.
Karbolsäure-Opodeldok bei Ekzemen 454.
Karbolseife, überfette 342.
Karbolvergiftung bei Kindervariola 354.
Karbunkel, Behandlung ohne Schnitt (Bulkley) 268.
— phagedänischer, Alkohol bei 271.
Karcinom 310. 312. 313. — Behandlung mit Resorcin (Ihle) 432; Terpentinöl innerlich 203. — Entwickelung auf floridem Lupus 77; auf Lupusnarben 76. — Kontraindikation der Ehe 269.
Karcinomatöser Charakter des Ekzems 37.
Karyokinese der Zellen der Malpighischen Schicht bei einigen pathologischen und experimentellen Läsionen (Giovannini) 199.
Katarrh, subakuter, des Blasenhalses, Behandlung mit Instillationen nach Guyon (Pontoppidan) 200.

Katarrhpillen, Hagers 299.
Katzen und Hunde als Verschlepper des Scharlachgiftes 70.
Keloid (Barry) 308. 311.
Keratitis phlyctaenulosa infolge von Ekzem (Burchardt) 41.
Keratohyalin 8.
Keratosen, Salicylpflastermull bei (Janowsky) 47.
Khousma yarasu 270.
Kiellik-ilety oder Agar, eine favusartige Erkrankung der behaarten Kopfteile 37.
Kinderekzem, pustulöses, Aluminium oleinicum bei 140.
Kinder-Larynxsyphilis (Schütz) 453.
Knochenerkrankung, Wegnersche s. Wegnersche Knochenerkrankung.
Knochensyphilis (Lomer) 32.
Kohlensäure bei Katarrh des Blasenhalses 200.
Kohlensaure Getränke bei Acne rosacea 98.
Kohns Löffelstachel zur Injektion 225. — Suspensorium 126.
Kokain bei wunden Brustwarzen (Unna) 71, (Weissenberg, Marfau) 139, (Häcker) 355; bei Epitheliom 175; bei Erysipel 355; bei Hautkrankheiten 98; bei Lupus 451; bei Stomatitis mercurialis (Unna) 72, (Bono) 304; bei venerischen und syphilitischen Affektionen (Bono) 304; bei Krankheiten der Urethra (Blumenfeld) 36, (Rosenberg) 452.
Kokken der Alopecia areata (Thin) 243, 380; bei Dermatitis exfoliativa 159; des Erysipels 138. 207. 340; des Granuloma fungoides 265; bei Impetigo contagiosa 274; bei Merkurialstomatitis 249; bei Mykosis fungoides 164; in Pemphigusblasen 271, (Sahli) 305.
— Gibiers sphärische, bei Pemphigus 271.
Kollodiumbehandlung des Erysipels 415.
Kolpitis, infektiöse, bei Kindern, Pilze im Sekret (Eugen Fraenkel) 97.
Komedonen, Färbung der 283. — Kohns Löffelstachel bei 227.
Kommunehospital in Kopenhagen 59. 60. 202.
Kondylomatöse Affektionen, Sublimat und Arsen als Spray gegen (Janowsky) 52.
Kondylome, breite, Resorcin bei (Ihle) 431.
Kondylome, spitze, Behandlung mit alkalischer Bleioxydlösung (Gerhardt) 163; mit Resorcin (Ihle) 430; mit Kohns Löffelstachel 227.
Kongenitale teratoide Neubildungen 310.
Kongestionsabscesse bei Spondylitis (Volkmann) 268, (König) 351.
Kongrefs d. italien. Ärzte in Perugia 434.
— neunter internationaler medizinischer in Washington 1887 208.
— vierter für innere Medizin in Wiesbaden 101.
Kontraktur des Oberschenkels durch Thrombose 453.
Kontusionen, Ammonium sulfoichtyolicum bei (Lorenz) 445.
Kopaivbalsam bei Gonorrhöe 379.
Kopenhagen, Ausstellung dermatolog. Instrumente zu, 1884 52. 118. 159. 192. 222. 259. 335. 436.
Kopf, Herpes tonsurans des, Chrysarobin-Chloroform bei 238; Sodiumhypophosphit bei 238.
Kopfhaare, intermittierendes Ergrauen 371. 376.
Kopfweh, rheumatisches und nervöses, Ammonium sulfoichthyolicum bei (Lorenz) 445.
Kraftpillen, Hagers 299.
Krankheit, neue, der Unterlippe (Moretti) 435.
Kraus' Spritze zu subkutanen Injektionen 263.
Krebs s. Karcinom.
Krebsgeschwülste, Entstehung sekundärer, durch Impfung 37.
Kreidesalbe bei Unterschenkelgeschwüren 458.
Krotonöl bei Herpes tonsurans (Thin) 175.
Krypten, Tysonsche 138.
Kumarin und Vanillin als Geruchskorrigens für Ichthyol 445.
Kurettenstachel, Kohns 225.

Langlebertsches Suspensorium 128; bei gonorrhoischer Epididymitis 202.
Lappenelephantiasis 302.
Larynxsyphilis bei Kindern, zur Kasuistik (Schütz) 453.
Larynxtuberkulose 352. 353, (Volkmann) 345.
Läsionen, Karyokinese der Zellen der Malpighischen Schicht bei (Giovannini) 199.

Lassarsche Salicyl-Zink-Amylum-Vaselinpaste gegen Pemphigus idiopathicus 46.
Leber bei heredit. Lues 31; Epitheliome der 312.
Leberthran bei Aleppobeule 271.
Lehm als Heilmittel schwacher Geschwüre 99.
Lehmbrei bei Epididymitis 234.
Leinöl bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Leisten der Wangenschleimhaut als Ursache bei Merkurialstomatitis 246.
Lepra, Analogie mit Tuberkulose *Erg.-Heft* 26. — Ätiologie (Burow) *Erg.-Heft* 15, (Baelz) *Erg.-Heft* 26. — Behandlung (Burow) *Erg.-Heft* 20, (Baelz) *Erg.-Heft* 31, (Unna) *Erg.-Heft* 34. — Heilbarkeit *Erg.-Heft* 20. 31. 44. — Intensität *Erg.-Heft* 10. — Klinische Varietäten *Erg.-Heft* 9. 19. — Kontagiosität und Heredität *Erg.-Heft* 2. 5. 16. 23. 26. — Psycholog. Zustand der Leprösen *Erg.-Heft* 12. — Symptomatologie *Erg.-Heft* 24.
— Beiträge zur Lehre von der (Baelz) *Erg.-Heft* 22.
— Fall von echter (Lehnert) 66.
— als Kontraindikation der Ehe 269.
— in der Dorpater Klinik 305; Fall von in Innsbruck (Lang) 451; in Norwegen (Lang) 451, (Wolff) *Erg.-Heft* 1 u. ff.; in Japan *Erg.-Heft* 23; auf den Sandwichinseln *Erg.-Heft* 17. 29.
— und Erysipel *Erg.-Heft* 20.
— baltische, Pilze der 305.
— maculosa *Erg.-Heft* 7.
— mutilans *Erg.-Heft* 10.
— taurica (Burow) *Erg.-Heft* 13.
— tuberosa, Heilung eines Falles von (Unna) *Erg.-Heft* 33.
Leprabacillen *Erg.-Heft* 2. 19. 21. 27, (Unna) *Erg.-Heft* 47. 65. — Färbung der (Unna) *Erg.-Heft* 47.
Lepraerinnerungen aus Norwegen (Wolff) *Erg.-Heft* 1.
Leprakachexie *Erg.-Heft* 22.
Lepraknoten, Mikroskopischer Befund (Baumgarten) *Erg.-Heft* 21, (Unna) *Erg.-Heft* 65.
Leprazellen (Unna) *Erg.-Heft* 69, (Unna Touton, Neisser, Doutrelepont, 58. Naturforscherversammlung) 381.
Lepröse Haut, zur Histologie der (Unna) *Erg.-Heft* 65.
Leptothrix buccalis 249.
Leukoplakia buccalis 177. 235.
Levulose, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 50.
Lewins Sublimatlösung 148. 151. 152.
Lichen, Resorcin bei (Ihle) 432.
— acuminatus, obtusus (Unna) 137.
— circumscriptus (circinatus) 274.
— planus (Unna) 137, (Weyl) 443. — Entwickelung im Verlaufe der Hautnerven 66.
— — der Glans penis, Kaliseife u. weifse Präzipitatsalbe bei 175.
— ruber 454. — Klinik u. Therapie des (Unna) 133. 137. — Behandlung mit medizin. Opodeldoken 454; mit Saponimenten 315. 454.
— urticatus 274.
Lichteinwirkung auf die Haut 286.
Linitif plastique 311.
Liodema essentialis [Melanosis et Teleangiektasia] 32.
Liomyom 310. 311.
Lipom 310. 311.
Lippen, Frost der 236. — Tuberkulöse Geschwüre an (Volkmann) 346.
Liquor arsenicalis s. Solutio Fowleri.
Litteratureingänge 103. 179. 208. 239. 275. 355.
Löffelstachel von Kohn zur Injektion 225.
Lotio nigra bei Unterschenkelgeschwüren 458.
Lues s. Syphilis.
Lungenkrankheiten, antisyphilitische Behandlung von 139. — Syphilisbacillen im Sputum bei (Koeniger) 35.
Lupus, Behandlung (Herbert Stowers) 98; durch Arsen innerlich 139; mit Ichthyolsublimatpflastermull (Janowsky) 93; mit Jequirity (Shoemaker) 99; durch Kälte (Gerhardt) 452; durch interstitielle Kauterisation 176; mit Kokain zur Schmerzstillung 451; mit Pyrogallussäure (Janowsky) 51, (Besnier) 176; mit Resorcin (Ihle) 432; mit Salicylpflastermull (Janowsky) 47; mit Sphacelinsäure 406; mit Sublimat (Besnier) 176. — Neue Instrumente zur Behandlung des 227. 228. 259. 260. 261.
— Karcinom auf 74. — Natur des (Welcker) 64. — Tuberkulöse Meningitis nach (Doutrelepont) 97. — Verwechselung mit Lepra *Erg.-Heft* 10.
— und Lupusbehandlung (Besnier) 176.
— und Tuberkulose 64. 176, Chirurgen-Kongrefs 1885) 267. 351. 352.

Lupus der Hand, papillöse Formen 351.
— der Zunge 345.
— erythematosus (Payne) 274. — Heilung in 6 Fällen (Lassar) 66. — Beziehung zu Psoriasis 175. — Behandlung mit Arsenik innerlich (Hutchinson) 175; mit Heifswasser 236; mit Kohns Löffelstachel 227.
— vulgaris als Kontraindikation der Ehe 269. — Phthisis bei 274. — Behandlung mit Milchsäure 303; mit Salicylsäure 101; mit Unnas Verbandmullen (Morison) 306.
— Willani 65.
Lupusinjektor nach Marconi-Vajda 259; nach Unna 261; nach Wolff-Nyrop 260; nach Wolff-Streissguth 261.
Lupuskarcinom (Schütz) 74. Litteratur 80.
Lymphadenitis, Resorcin bei 422.
Lymphadenome 310. 311.
Lymphangiome 310. 311.
Lymphangitis, Resorcin bei 422.
Lymphatische Infiltration der Haut bei Brustkrebs (Hoggan) 457.
Lymphatisches Gewebe, Neubildungen 310.
Lymphbahnen, Leprabacillen in *Erg.-Heft* 75.
Lymphdrüsen, Neubildungen 310. — Skrofulose 347. — Tuberkulose (Volkmann) 347.
Lymphe, Syphilisübertragung durch (Gallia) 434. — Impfversuche mit Vaccine Syphilitischer 235.
— karbolisierte 325; thymolisierte 326.
Lymphgefäfse und -drüsen, Neubildungen 310.
Lymphodermia perniciosa (Kaposi) 304.
Lymphosarkom 311.

Macular Atrophy 274.
Magnesia, Eisen u. verd. Schwefelsäure innerlich bei Karbunkel (Bulkley) 269.
Makrochilie 302.
Makroglossie 302.
Malpighische Schicht, Karyokinese der Zellen der, bei einigen pathologischen und experimentellen Läsionen (Giovannini) 199.
Mandelöl-Sodaseife-Bougies bei Gonorrhöe 235.
Marconi-Vajdas Lupusinjektor 259.
Marmorseife, überfettete 341.
Martineaus Quecksilberpeptonat 149. 151. 152. 154.
Masern, Taubheit bei 234.
Mastdarmfisteln (Volkmann) 346.
Mastdarmkrebs 37.
Mastitis 347.
Matrix des Nagels 10. 12.
Meatoskope, Piffards 438.
Medulläres Neurom 310.
Melanosis 312.
— lenticularis, zur Ätiologie 285.
— — progressiva, Untersuchungen über (Pick) 32.
Melanotische Sarkome, Pigment der 305.
Melanotisches Spindelzellensarkom 34.
Melliturie und Furunkulose, Zusammenvorkommen 65.
Meningitis, tuberkulöse, nach Lupus 97.
Merkur s. Quecksilber.
Merkurialekzem 38. 398. 399.
Merkurialgeschwüre 245. — Bromwasserstoffsäure bei (Gerhardt) 162.
Merkurialstomatitis, Kokain bei (Unna) 72, (Bono) 304.
— ulceröse, Ätiologie und Behandlung (Bockhart) 245.
Merkurseife 151, (Schuster) 396.
Messung der Empfindlichkeit der Haut für Temperaturen (Eulenburg) 2.
Michelsons Sklerosenpinzette 121.
Mikrobentötende Mittel bei Gonorrhöe (Welander) 201.
Mikrokokken in Pemphigusblasen 46.
Mikroorganismen bei Purpura 100.
— pathogene, des Ulcus molle 176.
Mikroparasitärer Ursprung des phagedänischen Geschwürs der heifsen Klimate (Le Dantec) 314.
Mikrosyringe von G. Beck 222.
Milch bei Katarrh des Blasenhalses 200.
Milchsäure bei Lupus vulgaris, Hautfungus, Ulcus rodens, Papillom 303. — Zur Zerstörung pathogener Gewebe 303.
Miliartuberkulose 348.
Milz bei hereditärer Syphilis 31. — Verhalten bei frischer Syphilis 173.
Mixtur bei Karbunkel (Bulkley) 269.
Molluscum (Barry) 309. 313. 314.
— von Bateman 309.
— bei Wöchnerinnen 309.
— albuminosum 309.
— bigarré 309.
— contagiosum Willani 309.
— fibrosum 274.
— lymphadénique 311.

Molluscum papillomatosum 314.
— pendulum (Barry) 309.
— stéarique 309.
Moostorfverband bei Schankerbubonen (Janowsky) 218. 219.
Morbus Addisonii 305; mit besonderer Berücksichtigung der eigentümlichen abnormen Pigmentation der Haut (G. Lewin) 412.
— maculosus Werlhofii, Impfversuche 235.
Morphaea 273. 274.
Morphologische Aberrationen der Neubildungen und des Fibroma molluscum (Barry) 310.
Mozambique, Geschwür von 314. — Jodoform bei 315.
Mullschärpe, Unnas 131.
Mund, Leukoplakie des 235.
Mundhöhle, Einfluſs des Quecksilbers auf epithellose Stellen der (Bockhart) 247.
Muskelgewebe, Neubildungen 310.
Muttermund, Sublimat bei Erosionen des (Bockhart) 254.
Myelitis interstitialis 441.
Mykosis, überfettete Salicylseifen bei 342.
— fungoides (Rindfleisch) 164. 309. 311.
Myome 311.
Myxödem 271. — Liq. Ammon. acetatis bei 175. — Heilung 100.
Myxom 310. 311.

Nadelhalter zur elektrolyt. Behandlung der Haarbälge 335, (Hardaway) 320, (Piffard) 335, (Unna) 337.
Nadeln zur elektrolyt. Behandlung der Hypertrichosis 319.
Naevi 310. — Sphacelinsäure bei 406.
— lipomatodes 302. 307. 313.
Nagel 7. — Entwickelung bei menschlichen Embryonen 96. — Hornsubstanz 9. 14. — Matrix, über die (Guldberg) 7. 10. 12. — Verhornung (Guldberg) 7. 14.
Nagelsubstanz 9.
Naphthol als Waschung bei Hyperhidrosis 415.
— gegen Jucken bei Lichen planus (Weyl) 444.
— gegen Scabies 59.
Naphthol-Opodeldok bei Hyperidrosen und Chromidrosen 454.
Naphtholseife und Naphtholschwefelseife, überfettete 342.
Narben, Sphacelinsäure bei 406.
Nase, Frost der 236. — Hypertrophie bei Acne rosacea 98. — Tuberkulose der 345. 352. 353.
Nasenhöhle, Epitheliome 312.
Nashville, Dermatolog. Lehrstühle in 187.
Nates, Injektionen in die (Soffiantini, Coen) 434.
Natron, ichthyolsulfonsaures 444.
— salicylsaures, bei Sklerodermie 273; bei Urethritis (Neisser) 379; bei Urticaria und Rheumatismus 239; bei Variola (Reimer) 354.
— unterschwefligsaures, gegen Herpes tonsurans 66.
Natrontannatseife, überfettete 342.
Naturforscherversammlung in Strafsburg 1885 276.
— Die Dermatologie auf der 370. 433.
Nebenhodenentzündung s. Epididymitis.
Neissersche Gonokokken, Färbung (Welander) 36.
Neissersches Suspensorium 128.
Nekrose, syphilitische, des Atlas 442.
Nelkenöl, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 49.
Neoplastische Sklerosen 311.
Nephritiden, chronische 379.
Nervenendigungen der Haut 393.
Nervenfasern der Haut 393.
Nervengewebe, Neubildungen 310.
Nervenlepra *Erg.-Heft* 8. 19. — Fall in Innsbruck (Lang) 451.
Nervenwurzeln, syphilitische Erkrankungen der 441.
Nervöses Kopfweh, Ammonium sulfoichthyolicum bei (Lorenz) 445.
Nervus acusticus, Lähmung bei Masern 234.
— opticus, syphilitische Entzündung des 457.
— trigeminus s. Trigeminus.
Neubildungen, epitheliale, morphologische Aberrationen (Barry) 310.
Neukaledonien, Geschwür von 314.
Neumondgeschwür 270.
Neuritis spinalis 441.
Neurom, medulläres und fasciculäres 310. 311.
New-York, Dermatologische Lehrstühle in 183.
Nieren, Tuberkulose der 346.
Nitrobenzol, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 50.
Norwegen, Abnahme der Lepra in *Erg.-Heft* 4. — Lepra in (Lang) 451.

— Lepraerinnerungen aus (Wolff) *Erg.-Heft* 1.
Nyrops Lupusinjektor nach Unna 261; nach Wolff 260.

Oberschenkelkontraktur durch Thrombose 453.
Oesterreich, dermatologische Lehrstühle in 27.
Ohren, Frost der 236.
Ohrerkrankungen, syphilitische (Bride) 459.
Ohrmuschel, Ekzem der, Chrysarobin innerlich 208.
Okklusivverband bei Schankerbubonen (Janowsky) 215. 219. 330.
Oleat, Quecksiber- 151.
Oleate bei Hautkrankheiten (Stelwagon) 140.
Oleum Petrae italicum, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 50.
— Succini rectificat., Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 50.
Onychia lateralis 101.
Onychogene Substanz des Nagels 8. 14.
Onychogryphose, Färbung bei 283.
Operations- und Untersuchungstisch von Janowsky 230.
Ophthalmia impetiginosa, Chinin bei 294.
Ophthalmoblennorrhöe, Impfung des Sekrets in die Urethra 64.
Opiumwasser bei Erysipel 415.
Opodeldoke medizinische (Letzel) 304. 454, (Unna) 315.
Organismus, tierischer, Veränderungen verschiedener Quecksilberverbindungen im (R. Fleischer) 452.
Oriental sore 270.
Osteom 310.
Osteomyelitis 351.
Otitis media, suppurative 459.
Ovariotomien, Reverdins herzförmige Pinzette bei 192.
Ozaena syphilitica, Blutserumquecksilber bei 145.
— tuberculosa (Volkmann) 345.

Pachymeningitis spinalis 441. 442.
Panaritium, Chinin bei 294.
Panniculus adiposus 268.
Papeln, Blutserumquecksilber bei 145.
Papillom 310. 312.— Milchsäure bei 303.
Papulöses Hautsyphilid, Blutserumquecksilber bei 145.
Papulöses Hautsyphilid, annuläres 300.
Parakeratosen, überfettete Marmorseife bei 342; Saponimente bei (Unna) 315.
Paralytische Dementia auf syphilitischer Basis 69.
Parasitäre Hauterkrankungen, Saponimente bei 304. 454.
Parurethrale Gänge 456.
Pasten bei Hautkrankheiten (van Harlingen) 414.
Pathogene Gewebe, Milchsäure zur Zerstörung 303.
Pelviperitonitiden, chronische 379.
Pemphigus 365. 368. — bei Bronchopneumonie 305. — Überfettete Tannatseifen bei 342.
— aigu pruriginosus 365. 366.
— akuter, Blaseninhalt 306. (Thin) 271.
— bulleux successif 367.
— circinnatus 365.
— composé 365. 367.
— foliaceus 367. 369.
— herpetiforme 367.
— idiopathicus, Eine Familienepidemie von (Pulvermacher) 45.
— leprosus *Erg.-Heft* 9.
— pruriginosus 365. 367.
Penis, Kaliseife und weifse Präzipitatsalbe bei Lichen planus des 175.
Peptonat-Quecksilber, Bambergers und Martineaus 149. 151. 152. 154.
Perineuritis spinalis 441.
Peripherische Facialisparalysen durch Herpes Zoster kompliziert, zur Pathogenese 166.
Perityphlitis (Volkmann) 346.
Perniciöse Lymphodermia (Kaposi) 304.
Pernionen, zur Ätiologie (Hutchinson) 307.
Perubalsam-Opodeldok bei Scabies 454.
Perugia, Kongrefs der italien. Ärzte in 434.
Petecchien bei Febris recurrens 67.
Petroleum bei Herpes tonsurans 65.
Pflaster- und Salbenmulle, Unnasche, bei Hautkrankheiten (Janowsky) 46. 92, (Morison) 306.
Phagedän bei Bubonen 176.
Phagedänischer Karbunkel, Alkohol bei 271.
Phagedänisches Geschwür der heifsen Klimate, mikroparasit. Ursprung u. Behandlung (Le Dantec) 314.
Pharynxtuberkulose (Volkmann) 345.
Philadelphia, Dermatologische Lehrstühle in 184.

Phimosis, Behandlung 99. — Apparat zur unblutigen Behandlung 239. — Wolffs Fixierungsnadel zur Operation 263. — Pinzetten zur Operation von Reverdin 195.
Phlebektasien mit Ekchymosen, Arnika bei (Unna) 198.
— des Unterschenkels, Ichthyol und Hamamelis virginica bei (Unna) 198.
Phthisis bei Lupus vulgaris 274.
Pian der Insel Barbadoes 309.
Picks Salicylleim bei Dermatitis venenata (Morison) 307.
Piffards Instrumente zur Behandlung der Strikturen der Fossa navicularis 436. — Nadelhalter zur elektrolyt. Behandlung der Haarbälge 335.
Pigment des menschlichen Haars, zur Kenntnis des (Riehl) 37. — Schwefelgehalt im 305.
— der menschlichen Haut (Unna) 277.
— bei Hautsyphiliden 450.
— bei Melanosis lenticularis 285.
— der melanotischen Sarkome 305.
Pigmentation, abnorme, der Haut bei Morbus Addisonii (Lewin) 412.
Pigmentneubildungen 312.
Pilze bei Merkurialstomatitis 249; aus dem Sekret infektiöser Kolpitis (Eugen Fraenkel) 97.
Pilzaffektionen der Haut, überfettete Salicylseife bei 342.
Pilzbefund bei Alopecia areata (v. Sehlen) 338; bei kachektischer Hautgangrän (Eichhoff) 37.
Pilzerkrankungen der Haut, überfettete Rhabarberseife bei 342.
Pinzette in Brenneisenform, Reverdins 193.
— herzförmige, von Reverdin 192.
Pinzetten zur Operation der Phimosis von Reverdin 195.
Pityriasis, überfettete Seife bei 341.
— rubra (Demitsch) 305. — Saponimente bei (Unna) 304.
— versicolor 274. — Resorcin bei (Ihle) 428. — Saponimente bei 454.
Plumbum s. Blei.
Pneumonie mit Pemphigus 305.
Präataxische Periode der syphilit. Tabes (Fournier) 177.
Präparate, mikroskopische, Verhalten der Aufhellungs- und Einbettungsmittel zu Sauerstoff *Erg.-Heft* 52.
Präputium, Bacillen im Smegna 405.
Präzipitat, weifser, bei Impetigo contagiosa 273.
Präzipitatsalbe, weifse, bei Ekzem der Augenlider 43. — bei Lichen planus der Glans penis 175. — Über das Unguentum Praecipitati albi (Mielck) 22.
Präzipitatsalbenmull nach Unna (Janowsky) 94.
Präzipitatseife, überfettete 342.
Prostatitis und Spermatocistitis chronica als Komplikation chronischer Urethritis (Finger) 449.
Prüfung der Empfindlichkeit der Haut für Temperaturen (Eulenburg) 2.
Pruriginöse Dermatosen, Saponimente bei 454.
Prurigo, Prognose der (Caspary) 174. — Saponimente bei 454.
— infantilis 274.
Prurigoknötchen, Ursache der (H. v. Hebra) 67.
Pruritus ani, Behandlung (Atkinson) 236.
— chronischer, als Kontraindikation der Ehe 269.
— cutaneus unlateralis nach Gehirnembolie 299.
— hiemalis 236.
Psoriasis 274. — bei einem Kinde 237. — mit Flohlarven kompliziert 211. — Beziehung zu Lupus erythem. 175. — als Kontraindikation der Ehe 269.
— Behandlung mit Chrysarobin-Traumaticin (Kommunehospital in Kopenhagen) 202; mit Resorcin (Ihle) 432; mit Saponimenten (Unna) 315. 454; mit Terpentinöl innerlich 203; mit Unnas Pflaster- und Salbenmullen (Morison) 306.
— in capillito, Schwefelopodeldok bei 454
— inveterierte, Chrysarobinpflastermull bei (Janowsky) 49.
— palmaris, Blutserumquecksilber bei 145.
— reizbare, Boroglycerid bei 458.
Psychosen, syphilitische 69.
Puerpera, Dermatitis exfoliativa bei (Funk) 155.
Puerperales Erysipel 138.
Punkte, thermische, der Haut 4.
Purpura, Mikroorganismen bei 100. — bei Syphilis 100.
— variolosa, Zusammenvorkommen mit Variola vera und Variola sine exanthemate 69.
Pustulöses Kinderekzem, Aluminiumoleat bei 140.

Pyrogallol bei Keloid 309; bei Lepra tuberosa (Unna) *Erg.-Heft* 37; bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Pyrogallolvergiftung, Acidum muriat. *Erg.-Heft* 42.
Pyrogallussäure bei Lupus 176.
Pyrogallussäurepflastermull nach Unna (Janowsky) 51.

Quecksilber, Amidverbindungen des 150. 152. — Ausscheidung durch den Speichel 247. — Einfluſs auf epithellose Stellen der Mundhöhle (Bockhart) 247. — Nachweis in Harn und Faeces (Nega, Schuster) 400.
— bei Syphilis (Pontoppidan) 203; bei Tabes 177.
— salpetersaures, bei Akne indurata 235; bei Impetigo contagiosa 273.
Quecksilber, Blutserum- (Bockhart) 141. 151. 152. 154. Darstellung 143. Anwendung 145.
— s. a. Hydrargyrum, Merkur, Präzipiat.
Quecksilberalbuminat nach Bamberger 149. 151. 152.
Quecksilberamid bei Syphilis 389.
Quecksilberarsenigsäuremull bei Kondylomen (Janowsky) 52.
Quecksilberbicyanuret 150. 151. 152.
Quecksilberchlorid-Chlornatrium nach Stern und Auspitz 148. 151. 152. 154.
Quecksilberchloridharnstoff 155. — gegen Syphilis (Schütz) 353.
Quecksilberchloridnatrium bei Syphilis 389. 391.
Quecksilberformamid 150. 152. 154. 391. 392.
Quecksilberglykokoll 150. 152. 154.
Quecksilberharnstoff; Irritationen nach Injektion 391.
Quecksilberkalisalbenseife bei Syphilis (Unna) 401.
Quecksilber-Karbol-Pflastermull bei Lepra (Unna) *Erg.-Heft* 43.
Quecksilbermull bei Syphilis 450.
Quecksilberoleat 151; bei Herpes tonsurans 272. 274; bei Syphilis (Stelwagon) 140.
Quecksilberoleatsalbe bei Herpes tonsurans 140.
Quecksilberoxyd mit Chlornatrium, Veränderung im Organismus 453.
Quecksilberoxydul, gerbsaures, bei intrakranieller Syphilis (Köbner) 300.
Quecksilberpeptonat nach Bamberger und Martineau 149. 151. 152. 154.
Quecksilberpflastermull nach Unna (Janowsky) 51. 151; bei Syphilis (Unna) 391.
Quecksilberpräparate, Wirkung der verschiedenen (Bockhart) 148. 151.
Quecksilberseife (Schuster) 396.
Quecksilberverbindungen, Veränderungen im tierischen Organismus (R. Fleischer) 452.
Quetschhahn, Haertels 179.

Rachen, Herpes des 307.
Rachentuberkulose (Volkmann) 345.
Reaktion, Hagersche, zur Prüfung der Oxygenophilie von Aufhellungs- und Einbettungsmitteln mikroskop. Präparate *Erg.-Heft* 52.
Realencyklopädie der gesamten Heilkunde von Eulenburg 413.
Rectum, Epitheliome des 312.
Resorcin bei Gonorrhöe (Munnich) 188; bei Hautkrankheiten (Ihle) 421; bei Keloid 309; bei Lepra tuberosa (Unna) *Erg.-Heft* 37; bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Resorcinbehandlung der Gonorrhöe (Letzel) 411.
Resorcinpasten bei Sykosis (Ihle) 425.
Resorcin-Teersalbe (Ihle) 432.
Reverdins Greffotom 192. — Pinzette in Brenneisenform 193. — Herzförmige Pinzette 192. — Neue Art der Eröffnung des Cuscoschen Speculums 194. — Pinzetten zur Operation der Phimosis 195.
Rhabarberseife, überfettete 342.
Rhabdomyom 310. 311
Rheumatisches Kopfweh, Ammonium sulfoichthyolicum bei (Lorenz) 445.
Rheumatismus, Ammonium sulfoichthyolicum bei (Lorenz) 445. — bei Urticaria 238. — Skleroderma im Anschluſs an 101.
Rhinitis scrophulosa 345.
Rhinosklerom, Mikroorganismen des 206.
Ringelhaar (Lesser) 304. 371.
Ringworm s. Herpes tonsurans.
Rosacea s. Akne rosacea.
Rosenblätter, Streupulver aus 239.

Roseola, bei Febris recurrens 67. — Blutserumquecksilber bei 145.
Rotzkrankheit bei einem Fuhrmanne 272.
Rozsnyaysche Chininzuckerle 298.
Rückenmark, Syphilis des, und seiner Häute (Jürgens) 441.
Rundwürmer, pustulöser Hautausschlag beim Hunde durch 97.
Rupia syphilitica 415.

Salbe gegen Ekzem 43.
— graue, Wirkung bei Syphilis (Bockhart) 151. 152. 153.
Salben, Vaselin und Fett als Grundlagen von 23.
Salben- und Pflastermulle, Unnasche, bei Hautkrankheiten (Janowsky) 46. 92, (Morison) 306.
Salicylleim bei Dermatitis venenata (Morison) 307.
Salicylöl bei Alopecie 453.
Salicylpflastermull bei Skleroderma (Unna) 273.
— nach Unna bei Hautkrankheiten (Janowsky) 46; bei Lupus 47; bei Keratosen 47. 48; bei chron. Ekzemen 49.
Salicylsaponat bei chron. Ekzemen (Janowsky) 49.
Salicylsäure bei chron. Ekzemen (Janoswky) 49; bei Hyperhidrosis 415; bei Keloid 309; bei Lepra *Erg.-Heft* 44; bei lupösen Neubildungen (Janowsky) 47; gegen Lupus vulgaris 101; bei Variola (Reimer) 354. — Wirkung bei Gonokokken 202.
— in Chloroform gelöst bei Herpes tonsurans 65.
— mit Empl. saponat. u. Empl. cin. bei syphilit. Affektionen der Handfläche u. Fufssohle (Janowsky) 49.
— mit Ichthyol bei Ekzema marginatum (Funk) 355.
— s. a. Natrium salicylicum.
Salicylseife, überfettete 342.
Salicylzinkamylumvaselinpaste gegen Pemphigus idiopathicus 46.
Salicylzinkvaselinpaste bei Ekzem 425.
Salpetersaures Quecksilber bei Akne indurata 235.
Salze, ichthyolsulfonsaure 444.
Salzfluſs, Chinin bei 294.
Salzsäure bei Pyrogallolvergiftung *Erg.-Heft* 42. — Einwirkung auf Kalomel im Organismus 453.
Samen bereitende und ausführende Organe, blennorrhoische Entzündung der 304.
Samenblasen, Erkrankungen der 304.
Samenstrang, tuberkulöse Erkrankung des 346.
Sandwichinseln, Lepra auf den *Erg.-Heft* 17. 29.
St. Louis (Missouri), Dermatologische Lehrstühle in 186.
Saponimente bei Hautkrankheiten (Letzel) 304. 454, (Unna) 315.
Saraceniae purp. Tinct. bei Variola 354.
Sarkom 310. 311. 312. — Als Kontraindikation der Ehe 269.
— melanotisches, der Spindelzellen 34.
Sarkome, melanotische, Pigment der 305.
Säure, arsenige s. Arsenige S.
Scabies, Behandlung im Kommunehospital zu Kopenhagen 59.
— Jodoformsalbe bei 235; Opodeldoke bei 454; Saponimente bei 454.
Schafräude, Kadeöl bei 178.
Schanker der Tonsillen (Boeck, Haslund) 456.
— harter, Sitz 100.
— — der Vagina (Bockhart) 417.
— syphilitischer, Excision 306.
— weicher, Behandlung (Latouche) 177.
— Natur des 381. 386.
Schankerbubonen (Funk) 105. — Beiträge zur Pathologie und Therapie (Janowsky) 215. 330. — Zur Statistik der (Tommasoli) 435.
Scharlach durch Haustiere übertragen 70.
Schiffs Injektionsnadel 227. 229.
Schleimhäute, tuberkulöse Erkrankungen der 352, (Volkmann) 345.
Schleimhautsekrete der äufseren Geschlechtsorgane, Bacillen in den 405. 455.
Schlundschanker 456.
Schmiersalbenseife 315.
Schwabes Instrumente 438.
Schwangere, Versehen der 302.
Schwangerschaft, Dermatitis herpetiformis bei (Brooke) 272. — Verhalten des Herpes gestationis und gewisser andrer Dermatosen zur Dermatitis herpetiformis (Duhring) 359.
Schwefel bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Schwefelcalcium innerlich bei Karbunkel (Bulkley) 269.
Schwefelgehalt im Pigment 305.

Schwefelopodeldok 454.
Schwefelpaste bei Akne (van Harlingen) 414.
Schwefelsalbe bei Alopecia areata 274; bei Lupus erythematosus 236.
Schwefelsaures Silber, Einwirkung auf Gonokokken 455.
Schwefelseife, überfettete 342.
Schweifsuntersuchung, Becks Mikrosyringe bei 224.
Schweiz, dermatologische Lehrstühle in der 27.
Schwimmers Karbolpaste bei Variola 354.
Scirrhus 312. 313.
Seborrhoea mit Haarschwund, Resorcin bei (Ihle) 429.
— oleosa, überfettete Zinkseife bei 342.
— sicca, Behandlung mit Saponimenten (Unna) 304; mit Schwefelopodeldok (Letzel) 454.
Seife bei Gonorrhöe 235.
— graue 315.
— grüne, bei Lupus erythematosus 236.
Seifen, medizinische (Unna) 341; von Torti in Rom 434.
— überfettete (Unna) 315, (Letzel) 454.
Seifengeist, Hebrascher 315.
Seifenlösung zur Injektion bei Gonorrhöe 235.
Seifenspiritus bei Ichthyosis follicularis 304.
Seifenwaschungen bei Herpes tonsurans 65.
Septikämie bei Traumaticinpinselungen bei Variola 354.
Serosublimat 155.
Serumalbuminquecksilber, Injektionen mit (Bockhart, 58. Naturforscherversammlung) 390. 392, (Lesser) 391.
Silber, schwefelsaures, Einwirkung auf Gonokokken 455.
Sinnespunktzentren der Haut 6.
Sitz des harten Schankers 100.
Skarifikationen bei Hypertrophie der Nase bei Akne rosacea 98; bei Keloid (Barry) 309.
Skerljewokrankheit 179.
Sklerodaktylie und Sklerodermie, Fall von (Senator) 62.
Skleroderma (Radcliffe Crocker) 273. — Im Anschlufs an starke Erkältung und Rheumatismus 101. — Salicylpflastermull bei (Unna) 273.
Sklerodermie, diffuse, Natrium salicylicum innerlich bei 273.
Sklerodermie und Sklerodaktylie, Fall von (Senator) 62.
Sklerose, Exstirpation (J.Neumann) 355.
Sklerosen, neoplastische 311.
Skrofulose, Identität mit Tuberkulose (Volkmann) 348.
Skrofulöse Ulcerationen 267.
— Weichteilsabscesse (Schede) 352.
Smegma praeputii, Bacillen im 405.
Sodiumhypophosphit bei Herpes tonsurans des Kopfes 238.
Solutio Fowleri bei Akne variolaformis 274; bei Lichen planus (Weyl) 444.
Solutio Vlemmingkx bei Akne rosacea 237.
Sonden, Piffards 436.
Sonnenlicht, Einwirkung auf die Haut 285.
Soolbäder, physiologische Wirkung auf die Haut 451.
Speichel, Ausscheidung von Quecksilber durch den 247.
Spekulum, Cuscosches, neue Art der Eröffnung nach Reverdin 194.
Spermatocystitis chronica und Prostatitis als Komplikation chronischer Urethritis (Finger) 449.
Sphacelinsäure (Unna, 58. Naturforscherversamml.) 406.
Spindelzellensarkom, melanotisches 34.
Spiritus saponatus Hebrae mit Praecipit. alb. bei Lepra *Erg.-Heft* 43.
Spondylitis, Kongestionsabscesse bei (Volkmann) 268, (König) 351.
Springomyelie des Halsmarks 95.
Sputum von Lungenkranken, Syphilisbacillen im (Koeniger) 35.
Squamöse Dermatosen, Saponimente bei 454.
Stachel, Auspitz' dreikantiger 228.
Stauungsdermatosen des Unterschenkels, Behandlung (Unna) 197.
Sterns und Auspitz' Quecksilberchlorid-Chlornatriumlösung 148. 151. 152. 154.
Stomatitis bei Kalomelinjektionen 389. 391.
— mercurialis, Behandlung mit Bromwasserstoffsäure (Gerhardt) 162; mit Kokain (Unna) 72, (Bono) 304.
Strafsburg, Lues und venerische Krankheiten in (Wolff) 407.
— 58. Naturforscherversammlung in 276.
Streissguths Lupusinjektor nach Wolff 261.
Streptococcus der Mykosis fungoides 164.

Streupulver aus Rosenblättern 239; Zinkoleat 140. — Bei Hyperhidrosis 415.
Strictura urethrae, Kokain bei 452.
Strikturen der Fossa navicularis, Piffards Instrumente zur Behandlung 436.
Strophulus 273.
Strumen, Jodoformopodeldok bei 455.
Styrax-Opodeldok bei Scabies 454.
Sublimat bei Alopecie 453; bei Erosionen der Vagina und des äufseren Muttermundes (Bockhart) 254; bei phagedänischem Geschwür heifser Klimate 314; bei Unterschenkelgeschwüren 199; bei Variola 354. — Einwirkung auf Gonokokken 202. 455.
— in Chloroform bei Herpes tonsurans 65.
— und Arsen als Spray bei kondylomatösen Affektionen (Janowsky) 52.
— und Kali hypermangan. als Antiseptikum 139.
Sublimatbehandlung bei Lupus Willani 65.
Sublimatbildung durch Kalomel im Organismus 452.
Sublimatenteritis (Eugen Fraenkel) 97.
Sublimatichthyolsalbe bei Lepra *Erg.-Heft* 41.
Sublimatinjektionen bei annulärem papulösen Hautsyphilid 300; bei Syphilis (Coen) 434.
Sublimatlösung nach Lewin 148. 151. 152.
Sublimatseife, überfettete 342.
Sublimatverband bei Lupus 176; bei Schankerbubonen (Janowsky) 217. 219.
Substance onychogène 8. 14.
Sudamina bei Febris recurrens 67.
Sulfanilsäure bei Jodismus 454.
Sulfoichthyolsaure Salze bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Sulfoichthyolsaures Ammonium bei Lepra tuberosa (Unna) *Erg.-Heft* 37.
Suppositorium bei Prostatitis (Finger) 449.
Suspensorien, über (Unna) 121.
Suspensorium, Horand-Langleberts, bei gonorrhoischer Epididymitis 202; Ihlesches 121; Kohnsches 126; Langleberts 128; Neissers 128; Unnas 130.
Sykosis, Behandlung mit Saponimenten (Unna) 315; mit Kohns Löffelstachel 227; mit dem dreikantigen Stachel 229.
— non parasitaria, Zinkoleatformel bei 140.
Sykosis parasitaria, Resorcin bei (Ihle) 424; Saponimente bei 454.
Syphilis, Abortivbehandlung durch Exstirpation der Sklerose und Inguinaldrüsen (J. Neumann) 355. — Behandlung (Kommunehospital Kopenhagen) 59. — Exspektative Behandlung (Pontoppidan) 202. — Behandlung mit Blutserumquecksilber (Bockhart) 141. 145. 151. 152. 154; mit Glykokollquecksilber 353; mit Hydrargyrum olein. und Acid. olein. (Stelwagon) 140; mit Kalomelinjektionen (Smirnoff) 59, (v. Watraszewski) 174, (Neisser, Lipp, Finger, Schuster, Lesser, Kopp, Doutrelepont; 58. Naturforscherversammlung) 387. 390. 391, (Soffiantini) 434; mit Merkur (Pontoppidan) 203; mit Quecksilberchloridharnstoff (Schütz) 353; mit Quecksilbermull 450; mit Quecksilberpflastermull (Unna) 391; mit Grauer Salbe (Bockhart) 153; mit Sublimatinjektionen (Coen) 434.
— Beziehung zur Tabes dorsalis (Eulenburg) 60. — Dementia paralytica bei 69. 442. — Impfversuche mit Vaccine Syphilitischer 235. — Infektion durch den Foetus 98. — Initialsklerose bei frischer 60. — Leber bei hereditärer 31. — Verhalten der Milz bei frischer 173; bei hereditärer 31. — Purpura bei 100. — Quecksilberpräparate in ihrer Wirkung bei (Bockhart) 148. — Übertragung durch humanisierte Lymphe (Gallia) 434. — Unempfänglichkeit für 98. — Vorlesungen über Pathologie und Therapie der, von Lang 166. 445.
— d'emblée 456.
— der Glasbläser (Besnier) 177.
— der Knochen (Lomer) 32.
— des Larynx bei Kindern (Schütz) 453.
— des Rückenmarks und seiner Häute (Jürgens) 441.
— und Dementia paralytica (Mendel) 442.
— und Tabes, ätiologische Beziehung zwischen (Berger) 35.
— und venerische Krankheiten in Strafsburg (Wolff, 58. Naturforscherversamml.) 407.
— congenita 203.
— frische, mit sehr langer Inkubation (Jullien) 435.

Syphilis hereditäre, Bedeutung der Wegnerschen Knochenerkrankung für die Diagnose u. Therapie der (Lomer) 31. — Behandlung (Lomer) 32.
— intrakranielle (Köbner) 300.
— konstitutionelle 98.
— neonatorum, ältere u. neuere Methoden der Behandlung (Monti) 68.
Syphilisbacillen (Doutrelepont) 232. 342. 403, (Lustgarten) 35. 232, (Lichtheim, Neisser, Finger) 405. 406. — Färbungsverfahren (Lustgarten) 35, (de Giacomi) 306. — im Sputum von Lungenkranken (Koeniger) 35.
Syphilitische Affektionen, Kokain bei 304.
— — der Handfläche und Fufssohle, Behandl. 49.
— Ataxie, frühzeitige 271.
— Entzündung des N. opticus 457.
— Epididymitis, Entwickelung der 68. — Frühzeitige 271. 308.
— Gelenksleiden, zur Lehre von den (Finger) 67.
— Geschwüre, Resorcin bei (Ihle) 433.
— Nekrose des Atlas 442.
— Ohrerkrankungen (Bride) 459.
— Psychosen 69.
— Rupia 415.
— Tabes, präataxische Periode der (Fournier) 177.
Syphilitischer Schanker, Excision 306.
Syphilographie und Dermatologie in Italien (Gamberini) 220.

Tabes, trophische Störungen der Haut im Gebiete des Trigeminus bei 234.
— und Syphilis, ätiologische Beziehung zwischen (Berger) 35.
— dorsalis, zur Ätiologie, namentlich in Beziehung zur Syphilis (Eulenburg) 60.
— syphilitische, präataxische Periode (Fournier) 177. — Quecksilber und Jodkali bei 177.
Tamponaden bei Mastdarmfisteln 346.
Tannatseifen, überfettete 342.
Tannin als Waschung bei Hyperhidrosis 415.
Tardy constitutional Syphilis (Bangs) 98.
Tartarus boraxatus, Arzneiexanthem durch Gebrauch von 38.
Taubheit bei Masern 234.
Teer bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Teerpflastermull nach Unna (Janowsky) 92.
Teerschwefelopodeldok bei Prurigo 454.
Teerschwefelseife, überfettete 342.
Teerseife bei Alopecie 453.
— überfettete 342.
Teleangiektasien, Kohns Löffelstachel bei 227.
Temperaturnerven 5. 6.
Temperaturpunkte der Haut 4. 6.
Temperatursinnmessung (Eulenburg) 1.
Temperaturveränderungen bei kaltem Wetter, Hautaffektionen hervorgerufen durch 236.
Tenotom bei Akne indurata 235.
Teratoide kongenitale Neubildungen 310.
Terpentinöl, Einwirkung auf Anilintinktionen *Erg.-Heft* 49. — innerlich bei Hautkrankkeiten 203.
— und Jodtinktur bei Herpes tonsurans 175.
Thermästhesiometer, Eulenburgs 1.
Thermische Punkte der Haut 4.
Thermokauterisation bei Lupus 176; bei Lupus Willani 65; bei Lupus erythematodes (Lassar) 66; bei weichem Schanker 177.
Thonerde, essigsaure, bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Thonerde-(Essigsaure) Pflastermull nach Unna (Janowsky) 93.
Thrombose, Oberschenkelkontraktur durch 453.
Thymol, Einwirkung auf Gonokokken 455.
— in Chloroform gelöst bei Herpes tonsurans 65.
Thymolisierte Lymphe 326.
Thymol-Salicylsalbe u. Seifenbäder bei kachektischer Hautgangrän 37.
Tierischer Organismus, Veränderungen verschiedener Quecksilberverbindungen im (R. Fleischer) 452.
Tinctura Saraceniae purp. bei Variola 354.
Toilettepuder (Zinkoleatformel) 140.
Tonikum, Hamamelis virginica als 178.
Tonsillenschanker (Boeck, Haslund) 456.
Torfmoosverband bei Schankerbubonen (Janowsky) 218. 219.
Toronto (Canada), die Dermatologie in 187.
Tortis medizinische Seifen 434.
Transplantation, Reverdins Greffotom zur 192.

Transplantation von Froschhaut auf hartnäckige Geschwüre 99; von Vorhäuten von Kindern 100.
Traumaticinpinselungen bei Variola 354.
Trichophyton 242.
Trichorrhexis nodosa (Wolffberg) 67, (Lesser) 373.
Trigeminus, trophische Störungen der Haut im Gebiete des, bei Tabes 234.
Tripper s. Gonorrhöe.
Trophische Störungen der Haut bei Tabes 234.
Trophoneurosen der Haut, zur Pathogenese (Kopp) 392.
Trophoneurotischer Ursprung eines Hautgeschwürs 97.
Tuberkulose, zur Diagnose (Hall) 98. 348. — Chirurgische Erfahrungen (Volkmann) 266. 344. 348. — Analogie mit Lepra *Erg.-Heft* 26.
— der Blase, Ureteren und Nieren 346; der äufseren Hautdecken und des Zellgewebes 267. 344. 351; des Hodens 346. 353; der Lymphdrüsen 347; der Mamma 347; des Rachens und Gaumens 345; der Vagina und des Uterus 346; der Zunge (Volkmann) 345, (Maas) 352, (Riedel) 353.
— und Lupus 64, (Chirurgenkongrefs 1885) 267. 351. 352.
— und Skrofulose 350.
— primäre (Volkmann) 268.
Tuberkulosen des Uro-Genitalapparats 346. 353.
Tuberkulöse Abscesse 268. 344.
— Caries der Wirbelsäule 268.
— Erkrankungen der dem Chirurgen zugänglichen Schleimhäute 345. 352.
— Geschwüre der äufsern Haut 267; an den Lippen 346.
— Meningitis nach Lupus 97.
— Ozaena 345.
Tumeurs heteradéniques 312.
Tumoren, Reverdins herzförmige Pinzette bei 192.
Türkische Bäder bei akutem Hautödem 139.
Tylosis, Unnas Pflaster- und Salbenmulle bei (Morison) 306.
Typhus abdominalis, Erysipel bei 340.
Tysonsche Drüsen 138.

Überfettete Kalischmierseifen 315.
— Seifen (Unna) 315. 341, (Letzel) 454.
Übermangansaures Kali s. Kali.
Ulcerationen, skrofulöse 267.
Ulceröse Merkurialstomatitis, Ätiologie und Behandlung (Bockhart) 245.
Ulcus molle, Bacillen des (Ferrari) 439. — Eiter des (Funk) 107, (Straus, Horteloup, Diday) 176.
— — und Bubo 107. 176.
— rodens, Milchsäure bei 303.
Ultzmanns Instrumente zur Harnröhrentherapie 159.
— Lösungen bei Gonorrhöe (Munnich) 191.
Unnas Dilatator 438; Lupusinjektor 261; Mullschärpe 131; Nadelhalter zur elektrolyt. Behandlung der Haarbälge 337; Quecksilberpflastermulle 151; Salben- und Pflastermulle bei Hautkrankheiten (Janowsky) 46. 92, (Morison) 306; überfettete Seifen 315. 341, (Letzel) 454; Suspensorium 130.
Unempfänglichkeit für Syphilis 98.
Unguentum Praecipitati albi, über das (Mielck) 22. — s. w. Präzipitatsalbe, weifse.
Unterlippe, neue Krankheit der (Moretti) 435.
Unterschenkel, Stauungsdermatosen des, Behandlung (Unna) 197.
Unterschenkelgeschwüre, Behandlung (Unna) 198, (Nourse) 458.
Unterschwefligsaures Natron gegen Herpes tonsurans 66.
Untersuchungs- und Operationstisch von Janowsky 230.
Untersuchungsstuhl und Albokarbonlampe zu endoskopischen Zwecken (Unna) 52.
Uretheren, Tuberkulose der (Volkmann) 346.
Urethra, Impfung des Sekrets von Ophthalmoblennorrhöe in die 64. — Instrumente zur Strikturenbehandlung 436. — Schwabes Endoskop 439. — Unnas Dilatator 438. — Kokain als Anästhetikum für die (Blumenfeld) 36; bei Striktur der 452.
Urethralkatarrh 60.
Urethralsekret, Bakterien im 455.
Urethritis bei kleinen Mädchen, Gonokokken im Sekret 64. — Zur abortiven Behandlung der (Munnich) 188.
— chronische 376. — Diagnose und Behandlung (Pontoppidan) 64. — Prostatitis u. Spermatocystitis chronica als Komplikation von (Finger) 449.

Urethritis externa beim Manne (Oedmansson) 456.
— posterior acuta, Ultzmannscher Harnröhreninjektor bei 160.
Urethrotom, Piffards 437.
Urin bei Jodoformvergiftung 97.
Uro-Genitalapparat, Tuberkulosen des 353, (Volkmann) 346.
Urticaria, mit Asthma und Erbrechen 238. — durch Kälte erzeugt 236. — Natriumsalicylat bei 239.
— factitia (Krönig) 411.
— pigmentosa 100.
Uterus, Epitheliome des 312. — Tuberkulose des 347.
Uterusligamente, Reverdins Pinzette für 193.
Uterusmyome 313.

Vaccine Syphilitischer, Impfversuche mit 235. — Syphilisübertragung durch 434.
Vaccine-Lymphe mit antiseptischen Flüssigkeiten gemischt, Impfungen mit (Michelson) 324, Litteratur 330.
Vagina, harter Schanker der (Bockhart) 417. — Tuberkulose der 346. — Sublimat bei Erosionen der (Bockhart) 254.
Vaginalsekret, Gonokokken im (Welander) 36.
Vaginitis 239.
Vajdas Lupusinjektor 259.
Vakuolen der Leprazellen (Unna) *Erg.-Heft* 75.
Vanillin und Kumarin als Geruchskorrigens für Ichthyol 445.
Varicellen, Chinin bei 297.
Varicen, Hamamelis bei 178.
Variköse Geschwüre, Hamamelis bei 178.
— Haare 375.
— Venen, Injektion von Liq. ferri sesquichlor. in (Weinlechner) 36.
Variola, Schutz des Gesichts bei (Caselli) 435. — Zur Therapie 354. — Natrium Salicylicum bei (Reimer) 354.
— vera und Variola sine exanthemate, Zusammenvorkommen mit Purpura variolosa 69.
Vasa deferentia, Erkrankungen der 304.
Vaselin, Hautreizung durch 69.
— und Fett in Salben 23.
Venen, variköse, Injektion von Liq. ferri sesquichlor. in (Weinlechner) 36.
Venerische Affektionen, Kokain bei 304.
— Geschwüre Jodoformgittermull bei (Janowsky) 94.
— Krankheiten und Lues in Strafsburg (Wolff, 58. Naturforscherversamml.) 407.
Verband bei Stauungsdermatosen des Unterschenkels (Unna) 198.
Verbrennungen, Resorcin bei 422.
Vereinigte Staaten, gegenwärtiger Stand der Dermatologie in den (Jackson) 181.
Verhornung des Nagels (Guldberg) 7, 14.
Verkäsungen an Lymphdrüsen 347.
Verklammte Hände 236.
Versammlung, 58., deutscher Naturforscher und Ärzte in Strafsburg 102.
Versehen der Schwangeren 302.
Vesiculitis 304.
Vitiligo als Kontraindikation der Ehe 269.
Vlemmingkxsche Solution bei Akne rosacea 237.
Vorderarme, Zoster utriusque der 339.
Vorhäute von Kindern als Transplantationsmaterial 100.
Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, von Lang 166. 445.

Wangen, Frost der 236.
Wangenschleimhaut, Anomalie der, als Ursache bei Merkurialstomatitis (Bockhart) 245.
Wangenschleimhauttuberkulose (Kraske) 353.
Wärme- und Kälteempfindlichkeit der Haut, Prüfung (Eulenburg) 2.
Wärmepunkte der Haut 4. 6.
Warzen, Färbung der 283.
Waschmittel bei Verbrennung u. Erfrierung 66.
Waschseife, antimykotische 342.
Waschungen bei Hyperhydrosis 415. — mit chlorsaurem Kali bei Verbrennungen und Erfrierungen 66. — mit Seife und lauem Wasser bei Herpes tonsurans 65. — als Prophylaktikum gegen Herpes tonsurans 66.
Washington, Neunter internationaler medizinischer Kongrefs in, 1887 208.
Wasser, heifses, bei Akne 235; bei Lupus erythematosus 236; injiziert bei Gonorrhöe 70.

Wasser, warmes, bei Spermatocystitis bilateralis chron. 449.
Wasserstoffsuperoxyd bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Wegnersche Knochenerkrankung, Bedeutung für die Diagnose u. Therapie der hereditären Syphilis (Lomer) 31.
Weiberbart, Ätiologie (Jackson) 269. — Elektrolyse bei (Hardaway) 318, (Michelson) 450.
Weiblicher Tripper 97, (Martineau) 239.
Weichteilsabscesse, skrofulöse (Schede) 352.
Weifser Präzipitat s. Präzipitat.
Werlhofs Morbus maculosus, Impfversuche 235.
Wiederkehr der Haarfarbe bei einem Greise 99.
Wien, dermatologische Lehrstühle in 27.
Willans Molluscum contagiosum 309.
Wirbelsäule, tuberkulöse Caries der 268.
Wismutoleat mit Zinkoleat bei Entzündungen, Sykosis (Stelwagon) 140.
Wochenbett, Dermatitis exfoliativa im (Funk) 155.
Wöchnerinnen, Erysipel der 138. — Molluscum der 309.
Wolffs Lupusinjektor von Nyrop 260; von Streissguth 261. — Sklerosenpinzette 119.
Wunde von Yemen 314.
Wunden, verunreinigte, Resorcin bei (Ihle) 422.

Xanthelasma multiplex 274.
Xanthoma multiplex mit periodischer Gelbfärbung 175.
Xeroderma u. Ichthyosis (Kinnier) 307.
Xeroderma pigmentosa 32.
Xylol bei Variola 354.

Yemen, Wunde von 314.

Zahnfleisch, Abnormität des, als Ursache bei Merkurialstomatitis (Bockhart) 246.
Zellgewebstuberkulose (Volkmann) 267. 268. 351.
— furunkulöse Form der 268.
Zincum oxydat. mit Extr. Ergotae bei Karbunkel (Bulkley) 268.
— sulfur. mit Acid. carbol. bei Gonorrhöe 161.
Zinkoleat bei Ekzem, Entzündungen, Sykosis; als Streu- und Toilettpuder (Stelwagon) 140.
Zinkoxydsalbenmull nach Unna (Janowsky) 94.
Zinkoxydtannatseife, überfettete 342.
Zinkoxydthymolsalbenmull nach Unna bei Ekzemen (Janowsky) 92.
Zinksalbe bei Unterschenkelgeschwüren 458.
Zinksalicylseife, überfettete 342.
Zinkseife, überfettete 342.
Zinktannatseife, überfettete 342.
Zitronensäure und Resorcin zur Entfärbung der Haut bei Lepra *Erg.-Heft* 43.
Zoster s. Herpes zoster.
Zoster utriusque antibrachii 339.
Zucker bei Unterschenkelgeschwüren 199.
Zunge, Leukoplakie der 235. — Gummöse Papeln der, Blutserumqueckslber bei 145. — Tuberkulose der (Volkmann) 345, (Maas) 352, (Riedel) 353.

Namen-Register.

Die mit * bezeichneten sind Originalartikel.

Alexander, Akutes universelles Merkurialekzem 38.
Allen, Froschhaut als vorzügliches Material zur Transplantation auf hartnäckige Geschwüre 99.
Altounyau, Aleppobeule 270.
Altschul, Jodoform bei Brandwunden der Haut 178.
Amici, Subkutane Injektionen bei Erysipel 435.
Amory, Rob., Kadeöl 178.
Appel, Mitteilungen a. d. Litteratur 97. 98. 139. 175. 234. 235. 239. 303. 306. 355. 449. — Referate 232. 339. 341.
Atkinson, A., Pruritus ani 236.
— Rupia syphilitica 415.
Auspitz, Ein Fall von Granuloma fungoides 264.
Avanzini, A. v., Verhalten der Milz bei frischen Syphilisfällen 173.

*Baelz, E., Beiträge zur Lehre von der Lepra *Erg.-Heft* 22.
Bangs, Tardy constitutional Syphilis 98.
Barry, Maurice, Das Keloid. — Klinische Studie über Fibroma molluscum 308.
Bates, Erskine S., Scharlach durch eine Katze übertragen 70.
Bauer, Ignaz, Kokain als schmerzstillendes Mittel bei Lupus 451.
*Baumgarten, P., Mikroskopischer Befund eines Lepraknotens *Erg.-Heft* 21.
Behrend, G., Fall von Impetigo contagiosa mit Herpes tonsurans 35.
Berger (Breslau), Ätiologische Beziehung zwischen Syphilis u. Tabes 35.
Bergh, R., Drei Fälle von Hauthörnern 64.
*— Die Flohlarve als Pseudoparasit des Menschen 209.
— Jahresbericht d. Abtlg. f. vener. erkrankte Prostituierte 60.
v. Bergmann (Berlin), Lupus und Tuberkulose (Chirurgen-Kongreſs 1885) 352.
Bernard, A., Behandlung von Herpes tonsurans 65.
Besnier, Lupus u. Lupusbehandlung 176.
— Syphilis der Glasbläser 177.
Bianchi, Hamamelis virginica 178.
Bizzozero, Zur Alopecia areata 338.
Blumenfeld, Kokain als Anästhetikum für die Urethra 36.
*Bockhart, Max, Zur Ätiologie der ulcerösen Merkurialstomatitis 245.
*— Blutserum-Quecksilber, ein neues Präparat zur Injektionsbehandlung der Syphilis 141.
— Die chirurgische Behandlung des chronischen Ekzems 300.
*— Fall von hartem Schanker der Vagina 417.
— Fürbringers Verfahren für Harnuntersuchung (Naturforscherversammlung 1885) 400.

Bockhart, Über Injektionen mit Serumalbuminquecksilber (Naturforscherversammlung 1885) 390. 392.
— Referate 162. 163. 164.
Boeck, Über Tonsillenschanker 456.
Bono, Kokain bei venerischen und syphilitischen Affektionen 304.
Bride, Drei Formen von syphilitischen Ohrerkrankungen 459.
Brooke, H., Beitrag zur Lehre üb. die Genese der Horngebilde 96.
— Dermatitis herpetiformis 272.
*— Über plastische Darstellung von Hautkrankheiten 16. 108.
— Mitteilungen a. d. Litteratur 98. 203. 238. 271. 308. 459.
Brown s. Walton-Brown.
Browne, Onychia lateralis 101.
Bulkley, Behandlung des Karbunkels ohne Schnitt 268.
*Burchardt, Max, Über Behandlung des Ekzems 41.
*Burow, E., Über Lepra taurica. *Erg.-Heft* 13.

Caselli (Genua), Schutz des Gesichts bei Variola 435.
Caspary, Über Prurigo 174.
Charton, Fall von frühzeitiger syphilitischer Ataxie 272.
Coen, Injektionen in die Nates bei Syphilis 434.
Cohen, Solis, Herpes des Rachens 307.
Collins, Fall von Sklerodermа im Anschluſs an eine starke Erkältung u. Rheumatismus 101.
Cooper, A., Frühzeitige syphilitische Epidydimitis 271.
Cornil, Mikroorganismen des Erysipels 207.
— Untersuchungen über die Mikroorganismen des Rhinoskleroms 206.
Cory, Vaccine Syphilitischer 235.
Crocker, Radcliffe, Innerliche Anwendung von Terpentinöl bei Hautkrankheiten 203.
— Skleroderma 273.
— Urticaria pigmentosa bei einem 4½-monatl. Kinde 100.
Currier, Gonorrhöe bei Frauen 97.

Dantec s. Le Dantec.
Dehn, Referate 95. 166.
Delépine s. Shield und D.
Demitsch, Pityriasis rubra 305.
Diday, Inokulationsfähigkeit des Bubo neneiters 176.
Doutrelepont, J., Fall von tuberkulöser Meningitis 97.
— Injektionen bei Syphilis (Naturforscherversammlung 1885) 391.
— Über Bacillen bei Syphilis (Naturforscherversammlung 1885) 403.
— Über Hauttuberkulose. — Papillöse Formen des Lupus an der Hand (Chirurgen-Kongreſs 1885) 351. 352.
— Über Leprabacillen (Naturforscherversammlung 1885) 382.
— Über eine noch unbeschriebene Hautkrankheit (Naturforscherversammlung 1885) 386.
— Weitere Untersuchungen über Bacillen bei Syphilis 342.
— und Schütz, Über Bacillen bei Syphilis 232.
*Duhring, Louis A., Über das Verhältnis des Herpes gestationis und gewisser andrer Dermatosen zur Dermatitis herpetiformis 357.
— und Wile, Retraktion der Brustwarze bei Ekzem 37.
Dukemann, William H., Elektrolytische Behandlung bei organ. Harnröhrenveränderungen 71.
Dumesnil s. Ohmann-D.

Ehrlich, Über das Wesen und die Behandlung des Jodismus 454.
Eichhoff, Zur Ätiologie der multiplen kachektischen Hautgangrän 36.
Eliot, Jodkaliumausschlag 237.
Elliot, G. T., Herpes tonsurans maculosus 307.
Esmarch, Über Lupus (Chirurgen-Kongreſs 1885) 352.
— und Kulenkampff, Die elephantiastischen Formen 301.
Eulenburg, A., Beiträge zur Ätiologie der Tabes dorsalis, namentlich in deren Beziehung zur Syphilis 60.
— Über Komplikation von peripherer Facialparalyse mit Zoster faciei 95.
*— Zur Temperatursinnmessung 1.
Eulenburg, Realencyklopädie der gesamten Heilkunde 2. Aufl. 413.

Ferguson, John, Antisyphilitische Behandlung bei Lungenkranken 139.
Ferrari, Primo, I bacilli dell'ulcera molle 439.

Finger, E., Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitale 137.
— Über Kalomelinjektionen (Naturforscherversammlung 1885) 391.
— Lehre von den syphilitischen Gelenksleiden 67.
— Über Lustgartens Bacillen (Naturforscherversammlung 1885) 406.
— Natur des weichen Schankers (Naturforscherversammlung 1885) 382. 386.
— Zur Pathologie und Therapie des Harnröhrentrippers 159.
— Prostatitis und Spermatocystitis chronica als Komplikation chronischer Urethritis 449.
— Verminderung der weichen Schanker (Naturforscherversamlg. 1885) 410.
Finlayson, James, Kind mit allgem. kongenitaler einseitiger Hypertrophie 66.
Fischer, Syphilitische Nekrose des Atlas 442.
Fleischer, Richard, Über die Veränderungen verschiedener Quecksilberverbindungen im tierischen Organismus 452.
Forster, Infektion durch den Foetus 98.
Foulis, Behandlung des Herpes tonsurans 175.
Fournier, Präataxische Periode der syphilitischen Tabes 177.
Fraenkel, Eugen, Erfahrungen über Sublimatenteritis 97.
— Pilze aus dem Sekret infektiöser Kolpitis bei Kindern 97.
Fraser, Heilung von Myxödem 100.
Freund (Breslau), Ätiologie chronischer Pelviperitonitiden (Naturforscherversammlung 1885) 379.
Fremmert, H., Leukoplakia des Mundes und der Zunge 235.
Funk (Warschau), Ekzema marginatum 355.
*— Über einen Fall von Dermatitis exfoliativa adultorum 155.
— ein Fall von Zoster utriusque antibrachii 339.
*— Über Schankerbubo 105.

Gallia, Syphilisübertragung auf 35 Kinder durch Lymphe 434.
*Gamberini, Pietro, Die Dermatologie und Syphilographie in Italien 220.
— Referat 440.
Gerhardt, Alkalische Bleioxydlösung zur Behandlung der spitzen Kondylome 163.
— Bromwasserstoffsäure, ein neues Mittel zur Behandlung des Merkurialgeschwürs 162.
— Jodkali per rectum 164.
— Lupusbehandlung durch Kälte 452.
— Neuere Erfahrungen über Zoster 173.
Giacomi, de, Neue Färbungsmethode der Syphilisbacillen 306.
Giovannini, S., Fall von symmetrischer Gangrän 178.
— Karyokinese der Zellen der Malpighischen Schicht bei einigen pathologischen und experimentellen Läsionen 199.
*Goldscheider, Nachtrag zu den Mitteilungen über die spezifischen Energien der Hautnerven 5.
Gordon, S. C., Behandlung der Gonorrhöe durch Heifswasserinjektion 70.
Graham (Toronto), Über akutes umschriebenes Hautödem 139.
Grigorjew, Jodoformsalbe gegen Scabies 235.
Grimm s. Waldeyer u. Grimm.
*Grunewald, Ein Fall von Akne varioloformis universalis mit tödlichem Ausgange 81.
*Guldberg, G. A., Über die Nagelmatrix u. die Verhornung d. Nagels 7.
— Referat 96.
Gueterbock, P., Hodentuberkulose (Chirurgen-Kongrefs 1885) 353.

Häcker, A., Kokain bei Erysipel 355.
Hadden, Katzen als Verschlepper des Scharlachgiftes 70.
*Hager, H., Ein Beitrag zur Anwendung von Chininpräparaten bei Hautaffektionen 294.
Hall, R. J., Fünf Fälle von Hauttuberkulose 98.
*Hardaway, W. A., Die Radikalbehandlung der Hypertrichosis mittels Elektrolyse 317.
van Harlingen, Gebrauch der Pasten bei Hautkrankheiten 414.
Harnack, E., Urin bei Jodoformvergiftung 97.
Harrison, Chirurgische Behandlung von chronischem Tripper 457.
Haslund, Über Tonsillenschanker 456.

Haussmann, D., Zur Verhütung des Trippers 264.
Hebra, H. v., Prurigoknötchen 67.
Hirschfeld, Referate 133. 197.
Hoffmann, L., Mitteilungen a. d. Litteratur 299. 301. 451. — Referate 339. 340. 411. 412. 441. 442. 443. 444.
Hoggan, Lymphatische Infiltration der Haut bei Brustkrebs 457.
Holden, Sinclair, Behandlung von Epitheliom 175.
Horteloup, Inokulationsfähigkeit des Buboneneiters 176.
Hutchinson, Zur Ätiologie der Pernionen 307.
— Heilung von Lupus durch innerliche Gaben von Arsenik 175.
Hyde, Nevins, A case of congenital naevus lipomatodes 302. 307.
— Hautaffektion, hervorgerufen durch Temperaturveränderungen bei kaltem Wetter 236.
Hyrntschak, Infektionsversuche mit Morbus maculosus Werlhofii 235.

*Ihle, M., Beiträge zur Behandlung der Hautkrankheiten mit Resorcin 421.
Isdell, Wiederkehr der Haarfarbe bei einem Greise 99.

Jablonowski, Agra oder Kiellik-ilety 37.
Jackson, George Thomas, Hypertrichosis 269.
* — Der gegenwärtige Stand der Dermatologie in den Vereinigten Staaten 181.
— Mitteilungen aus der Litteratur 235. 269. 307. 415.
* Janowsky, V., Über die Behandlung der Hautkrankheiten mit Unnaschen Salben- und Pflastermullen 46. 92.
* — Beiträge zur Pathologie und Therapie der Schankerbubonen 215. 330.
* — Untersuchungs- und Operationstisch 230.
— Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis, von Lang (Referat) 166. 445.
Joseph, Ein Fall von intrakranieller Syphilis nebst Bemerkungen über das gerbsaure Quecksilberoxydul 300.
— Hemiparesis dextr. Annuläres papulöses Hautsyphilid 300.
Joseph, Über Pruritus cutaneus unlateralis nach Gehirnembolie 299.
Juliusburger, O., Auftreten von Herpes Zoster bei Arsengebrauch 38.
Jullien, L., Frische Syphilis mit sehr langer Inkubation 435.
Jürgens, Über Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute 441.

Kaposi, Lymphodermia perniciosa 304.
Keyes, E. L., Excision des syphilitischen Schankers 306.
Kinnier, Xeroderma u. Ichthyosis 307.
*Kohn, E., Löffelstachel zur Injektion 225.
König (Göttingen), Lupus und Tuberkulose der Haut (Chirurgen-Kongreſs 1885) 351. 352.
— Nasentuberkulose (Chirurgen-Kongreſs 1885) 352.
— Tuberkulose des Hodens (Chirurgen-Kongreſs 1885) 353.
Koeniger, Bacillen im Auswurf syphilitischer Lungenkranker 35.
Kopp, Injektionen bei Syphilis (Naturforscherversammlung 1885) 391.
— Über die wissenschaftliche Grundlage der Lehre von den Ernährungsstörungen der Haut auf nervösem Wege [Trophoneurosen der Haut] (Naturforscherversammlung 1885) 392.
— Mitteilungen a. d. Litteratur 173. 177. 178.
Kraske (Freiburg), Entstehung sekundärer Krebsgeschwülste durch Impfung 37.
— Wangenschleimhauttuberkulose (Chirurgen-Kongreſs 1885) 353.
Kroell, Hermann, Ätiologie der Ekzeme 451.
Krönig, Urticaria factitia 411.
Kulenkampff s. Esmarch u. K.

Lane, Syphilis congenita 203.
Lang, Ad., Vorlesungen über Pathologie u. Therapie der Syphilis 166. 445.
Lang, E., Ichthyosis mit bedeutender Verkürzung der Haut (Naturforscherversammlung 1885) 401.
— Über Lepra in Norwegen und einen Fall von einheimischer Nervenlepra 451.
v. Langenbeck, Hodentuberkulose (Chirurgenkongreſs 1885) 353.

v. Langenbeck (Wiesbaden), Lupus u. Tuberkulose der Haut (Chirurgen-Kongrefs 1885) 351. 352.
Lassar, O., Uber Alopecia areata (Naturforscher-Versammlung 1885) 380.
— Zwei Fälle von Alopecie 453.
— Beiträge zur Ätiologie der Tabes dorsalis, v. A. Eulenburg (Referat) 60.
— Sechs Fälle von Lupus erythematodes 66.
— Lichen ruber 454.
— Lupus und Tuberkulose (Chirurgen-Kongrefs 1885) 351.
— Melanosis lenticularis progressiva, von Pick (Referat) 32.
— Oberschenkelkontraktur durch eine Thrombose entstanden 453.
— Fall von Sklerodermie und Sklerodaktylie, von Senator (Referat) 62.
— Mitteilungen a. d. Litteratur 35. 64.
Latouche, Behandlung des weichen Schankers 177.
Laurent, Hodenkompression 177.
Le Dantec, Über den mikroparasitären Ursprung des phagedänischen Geschwürs der heifsen Klimate 308.
Legg, Wickham, Letal endigender Fall von Purpura bei einem Syphilitiker 100.
Lehnert, Bemerkenswerter Fall von echter Lepra 66.
Lerefait, Über Aberrations néoplastiques der Neubildungen, insbesondere des Fibroma molluscum 308.
Lesser, E., Bericht über eine Hautkrankheit (Naturforscherversammlung 1885) 387.
— Ichthyosis follicularis. — Ringelhaar 303.
— Injektionsflüssigkeiten bei Syphilis (Naturforscherversammlung 1885) 391.
— Über Lupusbehandlung 139.
— Über Ringelhaare (Naturforscher-Versammlung 1885) 371.
— Natur des weichen Schankers (Naturforscherversammlung 1885) 386.
Letzel, Über Opodeldoke 454.
— Zur Resorcinbehandlung der Gonorrhöe 411.
— Saponimente 304.
Lewin, G., Über Morbus Addisonii mit besonderer Berücksichtigung der eigentümlichen abnormen Pigmentation der Haut 412.
Lewis (New-York), Behandlung des Erysipels 415.
Lichtheim (Bern), Bacillen im Scheidensekret gesunder Frauen (Naturforscherversammlung 1885) 405.
Lipp, Fall von Hautgangrän (Naturforscherversammlung 1885) 387.
— Über Injektionen bei Syphilis (Naturforscherversammlung 1885) 390.
Liveing, Rob., Unterschwefligsaures Natron gegen Herpes tonsurans 66.
Lomer, R., Über die Bedeutung der Wegnerschen Knochenerkrankung für die Diagnose u. Therapie der hereditären Syphilis 31.
Lorenz, Ichthyol 444.
Lowndes, Sitz des harten Schankers 100.
Lucas, Clement, Vorhäute von Kindern als Transplantationsmaterial 100.
Lukaschewitsch, S., Behandlung der akuten Epididymitis 234.
Lundström, Studien über den Gonococcus Neisser 455.
Lustgarten, S., Auffindung spezifischer Bacillen in syphilitischen Krankheitsprodukten 35.
— Die Syphilisbacillen 232.
Lutz, Demonstration einer entfernten Zehe mit Ainhum (Naturforscherversammlung 1885) 387.
— Referat 439.

Maas (Würzburg), Zungentuberkulose (Chirurgen-Kongrefs 1885) 352.
Mackey, Fall von Ichthyosis sebacea 101.
Mahon de Molènes, P., Polymorphes Erythem 204.
Makenzie, Stephan, Zwei Fälle von Lichen planus 66.
Malcolm Morris s. Morris.
Manassei (Rom), Medizinische Seifen 434.
Mannino, L., Der Bacillus der Balano-Postitis 440.
Marfau, Kokain gegen wunde Brustwarzen 139.
Marshall, Salicylsäure gegen Lupus vulgaris 101.
Martineau, L., Über den Tripper der Frauen 239.
Mastermann, Alkohol bei phagedänischem Karbunkel 272.
Mayo Robson s. Robson.
Mendel, Syphilis und Dementia paralytica 442.

Michelson, P., Erste und zweite Bemerkung zu den Arbeiten von Sehlens über die Ätiologie der Alopecia areata 338.
*— Die Excision der Initialsklerose 120.
*— Über Impfungen mit Gemischen von humanisierter Vaccine-Lymphe und antiseptischen Flüssigkeiten 324.
— Zum Kapitel der Hypertrichosis 450.
*Mielck, W. H., Über das Unguentum Praecipitati albi 22.
Miller, Myxödem 175.
Molènes s. Mahon de Molènes.
Monti, Ältere und neuere Methoden der Behandlung der Lues neonatorum 68.
— Letal endigender Fall von Morbus Addisonii. 305.
Morawschik, Kopfschmerzen und Schwindelanfälle bei syphilit. Psychosen 69.
Moretti, Krankheit der Unterlippe bei Mähern und Schnittern Mittelitaliens 435.
Morison, Dermatitis venenata 307.
— Unnas Pflastermulle und Salbenmulle 306.
Morris, Malcolm, Behandlung von Herpes tonsurans 65.
— Chloroform als Vehikel für Medikamente bei Herpes tonsurans capitis 99.
Moschner, P., Ein Fall von Emphysema subcutaneum totale 443.
v. Mosettig-Moorhof, Milchsäure zur Zerstörung pathogener Gewebe 303.
Müller, Herpes Zoster 237.
*Munnich, A. J., Zur abortiven Behandlung der Urethritis 188.

Nega, Harnuntersuchung bei Quecksilberbehandlung (Naturforscherversammlung 1885) 400.
Neisser, Über die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhöe 376.
— Über Kalomelinjektionen (Naturforscherversammlung 1885) 387.
— Über Leprabacillen (Naturforscherversammlung 1885) 381. 382.
— Über Lustgartens Bacillen (Naturforscherversammlung 1885) 406.
— Natur des weichen Schankers (Naturforscherversammlung 1885) 386.
Nencky, Über das Pigment der melanotischen Sarkome 305.
Nettleship, Syphilitische Entzündung des N. opticus 458.
Neumann, J., Histologische Veränderungen der Hautsyphilide 450.
— Abortivbehandlung der Syphilis durch Exstirpation der Sklerose und der Inguinaldrüsen 355.
Neumann, Kurt, Zusammenvorkommen von Purpura variolosa, Variola vera, Variola sine exanthemate 69.
Nourse, Behandlung von Unterschenkelgeschwüren 458.

Oedmansson, Über Urethritis externa beim Manne 456.
Ohman-Dumesnil, Hauterkrankung und Ehe 269.
O'Neill, Hauteruption nach Genufs von Champignons 308.

Pauly, Bedeutung der Wegnerschen Knochenerkrankung für die Diagnose und Therapie der heredit. Syphilis, von R. Lomer (Referat) 31.
Payne, Behandlung von diffusem Herpes tonsurans 272.
— Report of the Departm. for Diseas of the Skin in St. Thomas's Hospital 1883 273.
Pellizzari, C., Trophoneurotischer Ursprung eines Hautgeschwürs 97.
Pearson, Interessanter Fall von Zoster 308.
Perry, Fall von frühzeitiger luetischer Epididymitis 308.
Peters, John C., Scharlach durch Tiere übertragbar 70.
Pick, Melanosis lenticularis progressiva 32.
Pinner, O., Entwickelung der Epididymitis syphilitica 68.
Pontoppidan, E., Behandlung des subakuten Katarrhs des Blasenhalses mit Instillationen nach Guyon 200.
— Exspektative Behandlung der Syphilis 202.
— Diagnose u. Behandlung der chron. Urethritis 64.
— Mitteilungen a. d. Litteratur 200. 455. — Referate 45. 59. 60.

*Quincke, H., Über Favus 433.
Quos, Matthias, Behandlung des Lupus Willani 65.

Räuber, Veränderung der Haare eines Epileptikers 97.
Reimer, Zur Therapie der Variola mit Natrium salicyl. 354.
Remak, Ernst, Ein Fall von zentraler Glyomatose (Springomyelie) des Halsmarks 95.
— Zur Pathogenese des periphere Facialisparalysen gelegentlich komplizierenden Herpes Zoster 166.
Renouard, Emile, Mitteilungen a. d. Litteratur 204. 315.
*Reverdin, Dermatologische Instrumente 192.
Revillon, E., Fall von Dementia paralytica auf syphilit. Basis 69.
Reynolds, Behandlung des Lupus erythematosus 236.
Rheiner, G., Beiträge z. pathologischen Anatomie des Erysipels bei Gelegenheit der Typhusepidemie in Zürich 1884 340.
Rhone, Vorkommen von Herpes, Roseola, Petecchien, Sudamina u. Erythemen bei Febris recurrens 67.
Richmond, Apparat zur unblutigen Behandlung der Phimosis 99.
Riedel (Aachen), Nasen- und Zungentuberkulose (Chirurgen-Kongrefs 1885) 353.
Riehl, Gustav, Zur Kenntnis des Pigments im menschlichen Haar 37.
Rindfleisch, Mykosis fungoides 164.
Roberts, Boroglycerid gegen Psoriasis 458.
Robinson, Tom, Akne rosacea 98.
Robson, A. W. Mayo, Hautreizung durch Vaselin 69.
Rohrer (Zürich) Taubheit b. Masern 234.
Rona, Die blennorrhoische Entzündung der samenbereitenden und ausführenden Organe 304.
Rosenbach, Ottomar, Zusammenvorkommen von Melliturie und Furunkulose 65.
Rosenberg, Kokain bei Behandlung von Strictura urethrae 452.
Rossolymmo, Tropische Störungen der Haut im Gebiete des Trigeminus bei Tabes 234.

Sahli, Bronchopneumonie mit akuter Pemphiguseruption 305.
Scarenzio (Pavia), Vorgetäuschte Entzündung d. Bartholinischen Drüse 435.
Schede, Hodentuberkulose (Chirurgen-Kongrefs 1885) 353.
— Skrofulöse Weichteilsabscesse (Chirurgen-Kongrefs 1885) 352.
Schott, Th., Die Hautresorption und ihre Bedeutung für die Physiologie der Badewirkungen 450.
Schuster, Über Kalomelinjektionen (Naturforscherversammlung 1885) 391.
— Die Merkurseife (Naturforscherversammlung 1885) 396.
Schütz, Jos., Zur Kasuistik der Larynxsyphilis bei Kindern 353.
— Über Lupuskarcinom 74.
— Über Quecksilberharnstoff, ein neues Antisyphiliticum 353.
— s. Doutrelepont.
Schwimmer, Excision der Initialsklerose 36.
v. Sehlen, Zur Ätiologie der Alopecia areata 338.
— Über Alopecia areata (Naturforscherversammlung 1885) 380.
— Erwiderung auf die Bemerkungen von Michelson 338.
Senator, Fall von Sklerodermie und Sklerodaktylie 62.
Shearer, Frank, Interessante Hautkrankheit 174.
— Lehm als Heilmittel schwacher Geschwüre 99.
Shield u. Delépine, Wirkungen von sehr starken Elektrizitätsströmen auf die Haut 238.
Shoemaker, Erfahrungen über Jequirity 99.
Siedamgrotzky, Pustulöser Hautausschlag beim Hunde durch Rundwürmer veranlafst 97.
Sigismund, Reinhold, Die Aromata 239.
Smirnoff, G., Subkutane Kalomelinjektionen gegen Syphilis 59.
Smith, Adler, Herpes tonsurans 238.
Soffiantini, Injektionen in die Nates bei Syphilis 434.
— Kalomelinjektionen nach Smirnoffs Methode 178.
Spender, Antimonium tartaratum als Antiphlogistikum bei Hautleiden 203.
— Fall von Xanthoma multiplex 175.
Startin, Alopecia areata 458.
Stelwagon, H., Über Acne indurata 235.
— Analytische Studie über Krankheitsfälle in bezug auf Häufigkeit etc. 237.

Stelwagon, Beitrag zum Kapitel der Arzneiexantheme 237.
— Fall von Herpes Iris 235.
— Über Impetigo contagiosa 235.
— Oleate bei Hautkrankheiten 140.
— Psoriasis 237.
— Heilung von Acne rosacea 237.
Sternberg, Georg, Sublimat und Kali hypermanganicum als Antiseptikum 139.
Stewart, Mittel gegen stinkende Fufsschweifse 238.
Stowers, Herbert, Behandlung des Lupus 98.
— Hypertrophie der Nase bei Acne rosacea 98.
Stilling, H., Über die Cowperschen Drüsen 339.
Stocquart, Chrysarobin bei Ekzem der Ohrmuschel 208.
Strachau, Rotzkrankheit bei einem Fuhrmanne 272.
Straus, Impfversuche mit Buboneneiter 176.
Suckling, Myxödem 272.

*Thin, George, Alopecia areata und Bacterium decalvans 242.
— Blaseninhalt von akutem Pemphigus 272.
— Neue Errungenschaften der Dermatotherapie 175.
Thompson, Behandlung von Erispelas 139.
Tommasoli (Siena), Fall von Ichthyosis universalis. — Schankerbubonen 435.
*— Kongrefs der italienischen Ärzte in Perugia 434.
Touton, Über Leprabacillen (Naturforscherversammlung 1885) 381. 382.

Unna, P. G., Beitrag zur Anatomie des männlichen Genitale, von Finger (Referat) 137.
*— Die Dermatologie an den deutschen Hochschulen 24.
— Die elephantiastischen Formen, von Esmarch und Kulenkamp (Ref.) 301.
*— Zur Histologie der leprösen Haut *Erg.-Heft* 65.
*— Instrumente zur Injektion 222. 259.
*— Instrumente von Schwabe in Moskau 438.
*— Kokain gegen wunde Brustwarzen 71.
* Unna, P. G., Heilung eines Falles von Lepra tuberosa. *Erg.-Heft* 32.
*— Zur Färbung der Leprabacillen. *Erg.-Heft* 47.
— Über Leprabacillen (Naturforscherversammlung 1885) 381.
— Beitrag zur Klinik und Therapie des Lichen ruber 133.
*— Nadelhalter zur elektrolytischen Behandlung der Haarbälge 335.
*— Piffards Instrumente zur Behandlung der Strikturen der Fossa navicularis 436.
*— Über das Pigment der menschlichen Haut 275.
— Quecksilberpflastermull bei Syphilis (Naturforscherversammlung 1885) 391.
— Quecksilberseife und überfettete Kalisalbenseife (Naturforscherversammlung 1885) 401.
— Über Ringelhaare (Naturforscherversammlung 1885) 376.
*— Saponimente 315.
— Über medizinische Seifen 341.
— Über Sphacelinsäure bei Rosacea (Naturforscherversammlung 1885) 406.
— Stauungsdermatosen des Unterschenkels 197.
*— Über Suspensorien 121.
*— Untersuchungsstuhl u. Albokarbonlampe zu endoskopischen Zwecken 52.
— Mitteilungen a. d. Litteratur 138. 139. 175. 177. 273.
— Referate 169. 414.

*Vajda, Lupusinjektor 259.
Voigt, E., Über Komplikation von Herpes Zoster occipito-collaris mit schwerer peripherer gleichseitiger Facialisparalyse 95.
Volkmann, R., Chirurgische Erfahrungen über die Tuberkulose (Chirurgen-Kongrefs 1885) 266. 344.

Waldeyer und Grimm, Atlas der menschlichen und tierischen Haare, sowie der ähnlichen Fasergebilde 169.
Walton-Brown, J., Waschungen mit chlorsaur. Kali gegen Verbrennungen u. Erfrierungen 66.
Warner, Urticaria mit Asthma und Erbrechen 238.
v. Watraszewski, Subkutane Kalomelinjektionen 174.

Weinlechner, Injektion von verdünnt. Liq. ferri sesquichlor. in variköse Venen 36.
Weissenberg, Kokain bei wunden Brustwarzen 139.
Welander, Färbung der Neisserschen Gonokokken 36.
— Hat die Gonokokkenlehre unsre therapeutischen Erfolge gegen Gonorrhöe verbessert? 201.
Welker, Hubert, Natur des Lupus 64.
Wellberg, Lepra 305.
Weyl, A., Bemerkungen zum Lichen planus 443.
Wile, Notizen über Hyperidrosis 415.
— s. Duhring.
Widmark, Gonokokken im Sekret kleiner Mädchen bei Urethritis 64.
Winckel, Erysipelcoccus 138.
Witkowski, Behandlung d. Gonorrhöe mit Seifenlösung 235.
Wolfberg, S., Ätiologie der Trichorrhexis nodosa 67.
*Wolff, A., Fixierungsnadel zur Phimosenoperation 263.
*— Technik des Incisionsverfahrens bei Initialsklerose 118.
— Über ein neues Jodpräparat (Naturforscherversammlung 1885) 407.
*— Lepraerinnerungen aus Norwegen *Erg.-Heft* 1.
— Über das Verhältnis der Lues und der venerischen Krankheiten in Straßburg (Naturforscherversammlung 1885) 407.

Yemans, C. G., Kur eingewachsener Fußnägel 236.

Systematische Übersicht.

A. Dermatologie.

I. Personalien. Historisches. Litteratur.

Auspitz 179. — E. Burow 459. — O. Lassar 73.

Die Dermatologie an den deutschen Hochschulen 24. 103. — Die Dermatologie in den Vereinigten Staaten 181. — Die Dermatologie und Syphilographie in Italien 220. — Herpes gestationis und Dermatitis herpetiformis 357. — Lues und venerische Krankheiten in Strafsburg 407.

Litteratur über: Herpes gestationis und Dermatitis herpetiformis 357; Lupuskarcinom 80; Nagelmatrix und Nagelverhornung 16; Impfungen mit antiseptischer Vaccinelymphe 330.

II. Geographie und Statistik. Anstaltsberichte. Versammlungen.

Agra oder Kiellik-ilety 37. — Aleppobeule 270. — Phagedänisches Geschwür der heifsen Klimate 314. — Krankheit der Unterlippe bei Schnittern Mittelitaliens 435. — Baltische Lepra 305. — Lepra taurica *Erg.-Heft* 15. — Lepra in Japan *Erg.-Heft* 23; auf den Sandwich-Inseln *Erg.-Heft* 17. 29; in Norwegen 451. *Erg.-Heft* 1 ff. (Bergen *Erg.-Heft* 8. 11, Drontheim *Erg.-Heft* 9. 11).

Statistisches über Kalomelinjektionen bei Syphilis 59; über Schankerbonen 331. 332. 435.

Bericht aus: Berghs Abteilung für venerisch Erkrankte in Kopenhagen 60; Biermers Klinik 38; Breslauer Klinik 38; Doutreleponts Klinik in Bonn 64. 74; Patrik Duns Hospital in Dublin 98; Hospital für Hautkrankheiten in Blackfriars 98; Jüdisches Krankenhaus in Berlin 81; Kaposis Klinik 37; Dermatol. Klinik der böhm. medizin. Fakultät in Prag 47. 92; Köbners Poliklinik für Hautkrankheiten 299; Kommunehospital zu Kopenhagen 59. 60. 202; Langs Klinik in Innsbruck 173; Lassars Klinik 45; Letzels Poliklinik 454; North West London Hospital 98; Scarenzios Klinik 178; St. Thomas' Hospital in London 273; Warschauer Kindlein-Jesu-Spital 339; Zülzers Poliklinik 36.

Chirurgen-Kongrefs 1885 266. 344. — Kongrefs der italienischen Ärzte in Perugia 1885 434. — Vierter Kongrefs für innere Medizin zu Wiesbaden 1885 101. — 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Strafsburg 1885 102. 370.

III. Makroskopische und topographische Anatomie der Haut.

Ausstrahlungspunkte 6. — Druckpunkte 5. 6. — Kälte- und Wärmepunkte 3. 5. 6. — Menschliches und tierisches Haar 169. — Sinnespunktzentren 6. — Tysonsche Drüsen 138.

IV. Vergleichende Anatomie und Entwickelungsgeschichte der Haut.

Genese der Horngebilde 96. — Nagelentwickelung bei menschlichen Embryonen 96. — Nagelverhornung 7. 14. — Pigment und Hornfarbe 279. — Verhornung 281.

V. Mikroskopische Anatomie der Haut.

Aufhellungs- und Einbettungsmittel mikroskopischer Präparate *Erg.-Heft* 52. — Unnas Eintrocknungsmethode mikroskopischer Schnitte *Erg.-Heft* 51. — Eleidin 8. 96. — Horngebilde 96. — Hornsubstanz 281. Karyokinese der Malpighischen Schicht 199. — Keratohyalin 8. — Nagelmatrix 7. 10. — Nervenendigungen und -fasern der Haut 393. — Pigment und Hornfarbe 281. — Pigment im menschlichen Haar 37. 305.

VI. Die Haut in anthropologischer und ethnologischer Beziehung.

Menschliches Haar 170. — Lepra in Japan *Erg.-Heft* 23; auf den Sandwich-Inseln *Erg.-Heft* 17. 29; in Norwegen *Erg.-Heft* 3 ff., im Fischereigebiet der Wolga *Erg.-Heft* 15. — Pigment und Hornfarbe beim Europäer und den farbigen Rassen 277. 280.

VII. Physiologie der Haut.

Cowpersche Drüsen während der Begattung 339. — Druckempfindlichkeit 5. 6. — Kälte- und Wärmeempfindlichkeit 2. 5. — Kälteschmerz 4. — Einwirkung der Lichtstrahlen auf die Haut 287. — Pigment und Hornfarbe 281. — Einfluſs trophischer Nerven auf die Ernährung der Haut 393.

Hautresorption 450; Graue Salbe 151. 153; Merkurseife 398.

VIII. Experimentelle Pathologie der Haut.

Erysipelübertragung 138. — Verimpfung von Krebsgeschwülsten 37. — Übertragungsversuche mit Morbus Maculosus Werlhofii 235. — Impfung mit Schanker- und Buboneneiter 105. 107. 383.

IX. Allgemeine Pathologie. Histologie und Ätiologie der Hautkrankheiten.

a. *Pathologie und Histologie.*

Adenome 310. 311. — Akne varioloformis 81. 87. — Aleppobeule 270. — Angiome 311. 313. — Morphologische Aberrationen bei Bindegewebsneubildungen 313. — Dermatitis exfoliativa 155. 158. — Dermatitis herpetiformis 272. — Cutis und Oberhaut bei Ekzemen 44. — Elephantiastische Formen 301. — Morphologische Aberrationen des Epithels bei Molluscum 313. 314. — Epitheliome 312. — Ernährungsstörungen der Haut auf nervösem Wege (Trophoneurosen der Haut) 392. — Zur patholog. Anatomie des Erysipels 340. — Polymorphes infektiöses Erythem 204. — Periphere Facialisparalysen bei Herpes Zoster 95. 166.

— Fibrome 310. 311. 313. — Fistula ani 346. — Fungoides Granulom 264. — Hautbefund nach starker Elektrizitätseinwirkung 238. — Hautverfärbung bei kongenitaler Hypertrophie 66; bei Morbus Addisonii 305. — Hautaffektionen durch Temperaturveränderungen 236. — Hauterscheinungen bei Febris recurrens 67. — Hautkrankheiten, bei Febris recurrens 67, Einfluſs des Alters und der Jahreszeit 237. — Hauthörner 64. — Herpes tonsurans maculosus 307. — Herpes Zoster 95. 166. 173. 174. 237. 339. — Hypertrichosis 171. 269. 450. — Ichthyosis 435; und Xeroderma 307. — Impetigo contagiosa 235. 273. — Karcinom 310. 311. 312. — Karyokinese der Malpighischen Schicht bei Läsionen 199. — Lepra 66. *Erg.-Heft* 1 u. ff; Lepraknoten *Erg.-Heft* 21. 65; Leprazellen 58. 381. *Erg.-Heft* 69; Lepröse Haut *Erg.-Heft* 65. — Lichen planus 66. 137. 443. — Lichen ruber 133. 454. — Lupus 64. 176. — Lupuskarcinom 74. 76. 78. 79. — Lymphadenome 311. — Lymphangiome 311. — Lymphatische Infiltration der Haut bei Brustkrebs 457. — Lymphodermia perniciosa 304. — Melanosis 312. — Melanosis lenticularis 32. 285. — Molluscum 309. 313. 314. — Mykosis fungoides 164. 311. — Myome 311. — Neoplastische Sklerosen 311. — Neurome 310. 311. — Ozaena tuberculosa 345. — Pernionen 307. — Phagedänisches Geschwür der heiſsen Klimate 314. — Pigment der melanotischen Sarkome 305. — Abnorme Pigmentation der Haut bei Morbus Addisonii 412. — Pigmentneubildungen 312. — Prognose der Prurigo 174. — Purpura 100. — Rachentuberkulose 345. — Ringelhaar 304. 371. — Sklerodermie 62. 273. — Stauungsdermatosen des Unterschenkels 197. — Trichorrhexis nodosa 373. — Trophische Störungen der Haut bei Tabes 234. — Tuberkulose der Haut 266. 344. 351. — Tuberkulöse Abscesse 268. 344. — Tuberkulöse Erkrankungen der Schleimhäute 345. 352. — Tuberkulöse Geschwüre 267. 346. — Unterschenkelgeschwüre 198. — Urticaria pigmentosa 100. — Xeroderma und Ichthyosis 307. — Zellgewebstuberkulose 267. 268. 351. — Zungentuberkulose 345. 352. 353.

b. *Ätiologie.*

Aleppobeule 270. — Alopecia areata 241. 338. 380. 458. — Balanitis 36. — Balano-Postitis 440. — Dermatitis exfoliativa 155. — Ekzem 451. — Erysipelkokken 138. 207. 340. — Polymorphes infektiöses Erythem 204. — Favuspilz 433. — Multiple kachektische Gangrän 36. — Phagedänisches Geschwür der heiſsen Klimate 314. — Granuloma fungoides 264. — Hautaffektionen bei Temperaturveränderungen 236. — Pustulöser Hautausschlag beim Hunde durch Rundwürmer 97. — Hautgeschwür von trophoneurotischem Ursprung 97. — Herpes tonsurans maculosus 307. — Herpes Zoster 339. — Hypertrichosis 269. — Kachektische Hautgangrän 36. — Infektiöse Kolpitis 97. — Krebsgeschwülste 37. — Lepra *Erg.-Heft* 15. 26. — Melanosis 312. — Melanosis lenticularis 32. 285. — Ulceröse Merkurialstomatitis 245. — Mykosis fungoides 164. — Pemphigus acutus 271. 306; idiopathicus 45. — Pernionen 307. — Phagedänisches Geschwür der heiſsen Klimate 314. — Prurigo 67. — Pruritus ani 236. — Purpura 100. — Rhinosklerom 206. — Scharlach 70. — Trichorrhexis nodosa 373. — Urticaria factitia 411.

X. Diagnostik und Symptomatologie der Hautkrankheiten.

Adenom 311. — Akne varioloformis 91. — Aleppobeule 270. — Alopecia areata 241. 338. 380. 453. 458. — Angiom 311. 313. — Dermatitis exfoliativa 157. — Dermatitis herpetiformis 357. — Retraktion der Brustwarze bei Ekzem 37. — Polymorphes infektiöses Erythem 204. — Fibroma

molluscum 313. — Fistula ani 346. — Unbeschriebene Hautkrankheiten 174. 304. 386. — Plastische Darstellung von Hautkrankheiten 16. 108. — Furunkulöse Form der Haut- und Zellgewebstuberkulose 268. — Ichthyosis und Xeroderma 307. — Lepra *Erg.-Heft* 24. 26. — Lichen acuminatus 137; circumscriptus 274; obtusus 137; planus 137; ruber 137. — Lupus 64. 176; und Lepra *Erg.-Heft* 10; und Tuberkulose 64. 267. 351. 352. — Lupus erythematosus 274. — Lupuskarcinom 74. — Lymphadenom 311. — Lymphangiom 311. — Ozaena tuberculosa 345. — Rachentuberkulose 345. — Skrofulose und Tuberkulose 350. — Tuberkulose 98. 348. — Tuberkulöse Abscesse 268. 344; Geschwüre 267. — Urin bei Jodoformvergiftung 97. — Xeroderma und Ichthyosis 307. — Zungentuberkulose 345.

XI. Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten.

a. *Hygieine und Prophylaxis.*

Akne rosacea 98. — Hauterkrankung und Ehe 269. — Herpes tonsurans 65. 66. — Alkohol bei phagedänischem Karbunkel 272. — Lepra *Erg.-Heft* 20. 31. — Schutz der Haut gegen Einwirkung der Lichtstrahlen (Melanosis lenticularis progressiva) 285. — Merkurialstomatitis 256. — Pruritus ani 236. — Antiseptizierte Vaccinelymphe 324. — Gesichtsschutz bei Variola 435.

b. *Pharmakognosie und Instrumentenlehre.*

Aromata 239. — Chrysarobin 415. — Ichthyol 444. — Jodol 407. — Kadeöl 178. — Unguentum Praecipitati albi 22.

Auspitz' dreikantiger Stachel 228. — Becks Mikrosyringe 222. — Eulenburgs Thermästhesiometer 2. — Apparat zur Prüfung der Haarfestigkeit 374. — Kohns Löffelstachel zur Injektion 225. — Kraus' Injektionsspritze 263. — Lupusinjektoren (Marconi-Vajda) 259, (Wolff-Nyrop) 260, (Wolff-Streifsguth) 261, (Unna) 261. — Nadelhalter zur elektrolytischen Behandlung der Haarbälge (Hardaway) 320, (Piffard) 335, (Unna) 337. — Reverdins Greffotom 192. — Reverdins Pinzette in Brenneisenform 193. — Reverdins herzförmige Pinzette 192. — Schiffs Injektionsnadel 227. 229.

c. *Experimentelle Pharmakodynamik.*

Antimoniumtartrat als Antiphlogistikum bei akuten Hautkrankheiten 203. — Arsen und Sublimat als Spray bei kondylomatösen Affektionen 52. — Alkalische Bleioxydlösung bei spitzen Kondylomen 163. — Blutserumquecksilber 141. — Bromwasserstoffsäure bei Merkurialgeschwüren 162. — Chloroform als Vehikel für Medikamente bei Herpes tonsurans capitis 99. — Hamamelis virginica 178. — Ichthyol 445. — Jequirity 99. — Jodokali per rectum 164. — Jodol 407. — Resultate der Kalomelinjektionen in Scarenzios Klinik 178. — Kokain 71. — Merkurseife 399. — Milchsäure zur Zerstörung pathogener Gewebe 303. — Oleate 140. — Pasten bei Hautkrankheiten 414. — Unnas Pflaster- und Salbenmulle 46. 92. 306. — Quecksilberchloridharnstoff 353. — Quecksilberpräparate (Sublimat, Quecksilberchlorid - Chlornatrium, Quecksilberalbuminat und -peptonat, Amidverbindungen des Quecksilbers, Quecksilberbicyanuret, Kalomel, Graue Salbe) 148. — Resorcin bei Hautkrankheiten 421. — Salicylsäure bei Variola 354. — Saponimente (Opodeldoke) 315. 454. — Überfettete Seifen 342. — Sphacelinsäure 406. — Terpentinöl innerlich bei Hautkrankheiten 407.

d. *Theoretische Pharmakodynamik.*

Badewirkungen 450. — Blutserumquecksilber 141. — Chrysarobintraumaticin 50. — Höllensteinpinselungen 44. — Jodol 407. — Kalomelinjektionen 387. — Kokain 71. — Kollodiumbehandlung des Erysipels 415. — Merkurseife 396. — Quecksilberchloridharnstoff 155. 353. — Veränderungen von Quecksilberverbindungen im Organismus 452. — Quecksilberpräparate in ihrer Wirkung (Sublimat, Quecksilberchlorid-Chlornatrium, Quecksilberalbuminat und -peptonat, Quecksilber-Amidverbindungen, Quecksilberbicyanuret, Kalomel, Graue Salbe) 148. — Saponimente (Opodeldoke) 304. 315. 454. — Medizinische Seifen 341. — Serumalbuminquecksilber 390.

e. *Empirische Pharmakodynamik.*

1. Medikamentöse Dermatotherapie.

Akonit 415. — Alaun 415. — Aluminiumoleat 140. — Essigsaures Ammonium 175. — Antimoniumtartrat 203. — Argentum nitricum 42. 199. 354. — Arsen 139. 175. 274. 348; Arsenikpaste 175; überfettete Arsenikseife 342; Arsen und Sublimat 52. — Atropin 415. — Türkische Bäder 139. — Belladonnatinktur 415. — Bismutum oleinicum 140. — Alkalische Bleioxydlösung 163. — Überfettete Bleioxydseife 342. — Bleipflastervaselinesalbenmull 94. — Bleiwasser 415. 458. — Bleiweifsfarbe 415. — Boroglycerid 458. — Borsäure 65. 236. 274. 415. — Überfettete Borseife 342. — Brenzkatechin 37. — Bromsäure 249. 250. 251. 258. — Bromwasserstoffsäure 162. — Chinin 294. 297. 415. — Chloral 415. — Chlorkalk 199. — Chlorzink 199. — Chrysarobin 415. *Erg.-Heft* 37; Chrysarobin-Chloroform 238; Chrysarobingelatine 49; Chrysarobinpflastermull 49. 51; Chrysarobin-Traumaticin 49. 202. — Eisen 271. — Ergota 268. — Ferrum sesquichloratum 36. — Hamamelis virginica 178. 198. — Hebrasche Salbe 415. — Heifswasser 235. 236. — Hydrochinonsalbe *Erg.-Heft* 37. — Ichthyol 198. 274. 355. 444. 445. *Erg.-Heft* 33. 42; Ichthyolopodeldok 454; überfettete Ichthyolseife 342. 345; Ichthyolsublimatpflastermull 93; Ichthyolzinksalbe *Erg.-Heft* 42. — Jaborandi 139. — Jequirity 99. — Jod 175. 199. 271. 354. 435; Jodblei 199; Jodkali 164. 177. 271. 459; überfettete Jodkaliseife 342. — Jodoform 178. 199. 235. 315. 346; Jodoformopodeldok 455; Jodoformverband 217. 219. — Chlorsaures Kali 66. 199. 237. 257. 258. — Übermangansaures Kali 161. 199. 238. 250. 251. 252. 257. 314. — Überfettete Kalischmierseife 315. — Kaliseife 175. — Kampferöl 178. — Kampferseifen 342. — Kantharidinsaponimente 315. 455. — Kaolin- und Kaolinleinölpasten 414. — Karbolsäure 314. 354. 415; Karbolsäureopodeldok 454; überfettete Karbolseife 342. — Kokain 36. 71. 72. 98. 139. 175. 304. 355. 451. — Kreidesalbe 458. — Krotonöl 175. — Leinöl 199. — Lotio nigra 458. — Magnesia 302. — Überfettete Marmorseife 341. — Milchsäure 303. — Naphthol 59. 415. 444; Naphtholopodeldok 454; überfettete Naphthol- und Naphtholschwefelseife 342. — Überfettete Natrontannatseife 342. — Oleate 140. — Opiumwasser 415. — Opodeldoke 304. 315. 454. — Pasten 414. — Perubalsamopodeldok 454. — Petroleum 65. — Weifse Präzipitatsalbe 43. 175. — Präzipitatsalbenmull 94. — Überfettete Präzipitatseife 342. — Pyrogallol 176. 199. 309. *Erg.-Heft* 37; Pyrogallussäurepflastermull 51. — Salpetersaures Quecksilber 235. — Quecksilberarsenigsäuremull 52. — Quecksilberkarbolpflastermull *Erg.-Heft* 43. — Quecksilberoleat 140. 151. 272. 274. — Unnas Quecksilberpflastermull 51. 151. — Resorcin 199. 309. 421. 425; Resorcin-Teersalbe 432. — Überfettete Rhabarberseife 342. — Salicylleim 307; Salicylöl 453; Salicylpflastermull 46. 47. 48. 49. 273; Salicylsaponat 49; Salicylsäure 47. 49. 65. 101. 307. 309. 354. 355. 415.

453; überfettete Salicylseife 342; Salicylzinkpasten 46. 425. — Salicylsaures Natron 239. 273. 354. 379. — Saponimente 304. 315. 454. — Schwefel 199. 236. 274. 414; Schwefelopodeldok 454; überfettete Schwefelseife 342. — Grüne Seife 236. — Überfettete Seifen 315. 454. — Seifenspiritus 304. — Solutio Fowleri 274. 444. — Solutio Vlemmingk 237. — Sphacelinsäure 406. — Spiritus saponatus Hebrae *Erg.-Heft* 43. — Streupulver 140. 239. 415. — Styrax-Opodeldok 454. — Sublimat 52. 65. 139. 176. 199. 254. 300. 314. 354. 453; Sublimatichthyolsalbe *Erg.-Heft* 41; überfettete Sublimatseife 342. — Überfettete Tannatseifen 342. — Tannin 415. — Teer 199; Teerpflastermull 92; Teerschwefelopodeldok 454; überfettete Teerschwefelseife 342; überfettete Teerseife 342. 453. — Terpentinöl 175. 203. — Essigsaure Thonerde 199; Thonerdepflastermull 93. — Thymol 65; Thymolsalicylsalbe 37. — Tinctura Saraceniae purp. 354. — Toilettenpuder (Zinkoleat) 140. — Waschmittel 65. 66. 342. 415. — Wasserstoffsuperoxyd 199. — Wismutoleat 140. — Zinkoleat 140; Zinkoxyd 268; Zinkoxydsalbenmull 94; überfettete Zinkoxydtannatseife 342; Zinkoxydthymolsalbenmull 92; Zinksalbe 458; überfettete Zinkseifen 342.

2. Chirurgische Dermatotherapie.

Akne 98. 227. 235. 309. — Bubonen 59. 94. 107. 215. 330. — Ekzem 302. — Geschwürsbehandlung mit Lehm 99; mit Transplantationen 99. 100. — Haut- und Zellgewebstuberkulose 267. 344. 349. — Keloid 309. — Lupus 65. 66. 176. 177. 236. 452. — Unterschenkelgeschwüre 458; Stauungsdermatosen des Unterschenkels 198.

Elektrolyse 235; zur Epilation 269. 317. 335. 450. — Galvanokaustik 319. 324. — Kokain als Anästhetikum 36. 451. 452. — Suspensorien 121. 202. — Unnas Mullschärpe 131.

f. *Arzneiexantheme.*

Ekzem durch Arsen 38. — Herpes Zoster durch Arsen 451. — Jodkalium ausschlag 237. — Exanthem nach Kaligebrauch 237. — Abscesse nach Kalomelinjektionen 389. 391. — Merkurialekzem 38. 398. 399. — Merkurialgeschwür 162. 245. — Ekzem durch Tartarus boraxatus 38. — Hautreizung durch Vaselin 69.

g. *Toxikologie.*

Jodismus 454. — Jodoformvergiftung 97. — Karbolvergiftung 97. — Merkurialstomatitis 72. 245. 304. — Therapie der Pyrogallolvergiftung *Erg.-Heft* 42. — Sublimatenteritis 97. — Traumaticinpinselung 354.

h. *Dermatopharmazie.*

Adeps colli equini als Konstituens 453. — Aromata 239. — Blutserumquecksilber 143. — Geruchs- und Geschmackskorrigens für Ichthyol 445. — Ichthyol 444. — Überfettete Ichthyolseife 342. 445. — Jequirity 99. — Jodol 407. — Kaolin- und Kaolinleinölpasten 414. — Kalomel-Aluminiumoleat-Formel 140. — Überfettete Marmorseife 341. — Merkurseife 397. — Natrontannatseife 342. — Weifse Präzipitatsalbe 22. — Quecksilberchloridharnstoff 353. — Quecksilberoleatformeln 140. — Resorcin-Teersalbe 432. — Überfettete Rhabarberseife 342. — Überfettete Salicylseife 342. — Schwefelopodeldok 454. — Serumalbuminquecksilber 390. — Zinkoleatformeln 140. — Überfettete Zinkseife, Zinksalicylseife, Zinktannatseife, Zinkoxydnatrontannatseife 342.

XII. Spezielle Pathologie und Therapie der Haut.

a. *Spezielle Dermatochirurgie.*

1. Verbrennung und Erfrierung.

Erfrierung 66. 236. — Frostbeulen 307. — Verbrennung 178. 422.

2. Abscesse und Phlegmonen.

Abscesse 344. 389. 391. — Furunkel 236. — Panaritium 294. — Phagedän 271. 314.

3. Gangrän.

Gangrän 36. 387; multiple kachektische 36; symmetrische 178.

4. Geschwüre und Fisteln.

Fistula ani 346. — Geschwüre 97. 99. 100. 314; tuberkulöse 267, der Lippen 346, der Zunge 345. 352. 353; variköse 178; Unterschenkelgeschwüre 198. — Läsionen 199. — Verunreinigte Wunden 422.

5. Angeborene Geschwülste.

Naevi 302. 307. 310. 313. 406.

6. Erworbene Geschwülste.

Emphysem 443. — Keloid 308. — Teleangiektasien 227. — Tumoren 192.

7. Narben.

Narben 406.

b. *Parasitäre Dermatosen.*

1. Tierische Parasiten.

Flohlarve 209. — Parasiten 304. 454. — Rundwürmer 97. — Scabies 59. 235. 454. — Schafräude 178.

2. Pflanzliche Parasiten.

Aktinomykotische Abscesse 344. — Aleppobeule 270. — Alopecia areata 241. 274. 315. 338. 380. 453. 454. 455. — Bacillen im Smegma praeputii und den Schleimhautsekreten der Geschlechtsorgane 405. — Bacterium decalvans 241. — Balanitis 36. — Balano-Postitis 440. — Biskrabeule 270. — Delhibeule 270. — Kokken bei Dermatitis exfoliativa 159. — Erysipelkokken 138. 207. 340. — Favus 429. 433. 454. — Fungoide Mykosis 164. — Fungoides Granulom 264. — Furunkulose 65. — Furunkulöse Haut- und Zellgewebstuberkulose 268. — Pilze bei Hautgangrän 37. — Hautpilze 97. 342. — Herpes tonsurans 35. 65. 66. 140. 175. 238. 241. 272. 274. 307. 424. 454. — Impetigo contagiosa 274. — Infektiöse Kolpitis 97. — Leprabacillen 305. *Erg.-Heft* 2. 19. 21. 27. 65. — Lupusbacillen 65. — Kokken bei Merkurialstomatitis 249. — Pemphigus 46. 271. 305. — Phagedänisches Geschwür 314. — Phagedänischer Karbunkel 271. — Purpura 100. — Pityriasis versicolor 274. 428. 454. — Rhinosklerombacillen 206. — Parasitäre Sykosis 424. 454. — Trichophyton 242.

c. *Einfache Dermatitiden.*

1. Oberflächliche Dermatitiden (Hautkatarrhe).

Brustwarzen, wunde 71. 139. 355. — Dermatitis 140. 294. 307. — Ekzem 37. 38. 41. 42. 43. 49. 71. 92. 108. 140. 174. 203. 236. 273. 274. 300. 306. 315. 342. 352. 355. 398. 399. 414. 423. 425. 428. 432. 451. 454. — Rotzkrankheit 272. — Strophulis 273.

2. Tiefgreifende Dermatitiden.

Furunkel 236. — Karbunkel 268. 271.

d. *Angioneurotische Dermatosen.*

1. Akute Exantheme und infektiöse Dermatosen.

Akne varioloformis 81. 274. — Erysipel 138. 139. 207. 297. 301. 340. 355. 415. 435. — Exantheme bei Haustieren 70. 97. — Masern 234. — Scharlach 70. — Vaccine 235. 324. 434. — Varicellen 297. — Variola 69. 354. 435.

2. Toxische Angioneurosen.

Abscesse nach Kalomelininjektion 389. 391. — Ekzem durch Arsen 38; durch Kali 237; durch Merkur 38. 398. 399; durch Tartarus boraxatus 38. — Merkurialgeschwür 162. 245. — Hautreizung durch Vaselin 69. — Hautrötung nach Champignonsgenufs 308. — Herpes Zoster durch Arsen 451.

3. Essentielle Angioneurosen.

Erythem 67. 204. 365. 454. — Rosacea 98. 227. 237. 342. 406. 454. — Urticaria 100. 236. 238. 239. 411.

e. *Neuritische Dermatosen.*

Dermatitis herpetiformis 272. 357. — Herpes 67. 307. 357; H. gestationis 357; H. iris 235. 368; H. progenitalis 60; H. Zoster 38. 95. 98. 166. 173. 174. — Impetigo herpetiformis 357. 360. 363. — Pemphigus herpetiforme 367.

f. *Stauungsdermatosen.*

1. Stauungs-Hyper- und Anämien.

Hämorrhoiden 178. — Stauungsdermatosen des Unterschenkels 197. — Unterschenkelgeschwüre 198. 458. — Varicen 178. — Variköse Geschwüre 178.

2. Ödeme.

Elephantiasis 301. — Hautödem 139. — Myxödem 100. 175. 271. — Sklerodermie 62. 273.

[3. Decubitus.]

g. *Hämorrhagische Dermatosen.*

[1. Traumatische Ekchymosen.]

2. Purpura.

Morbus maculosis Werlhofii 235. — Petechien 67. — Purpura 69. 100.

h. *Idioneurosen.*

[1. Neurosen des Tastsinns.]

2. Neurosen des Gemeingefühls.

Pemphigus pruriginosus 365. 367. — Prurigo 67. 174. 236. 269. 274. 299. 454.

i. *Epidermidosen.*

1. Anomalien der Stachelschicht (Akanthosen).

α. Hyperakanthosen (Akanthome).

Hautwucherungen 430. — Spitze Kondylome 163. 227. 430. — Papillom 303. 310. 312. — Warzen 283.

β. Parakanthosen.

Adenom 310. 311. — Epitheliom 99. 175. 227. 310. 311. 312. 313. — Kankroid 311. 312. — Karcinom 37. 76. 77. 203. 269. 310. 312. 313.

432; Brustkarcinom 313. 457; Mastdarmkrebs 37. — Molluscum contagiosum 309. — Ulcus rodens 303.

γ. Akantholysen.

Dermatitis exfoliativa 155. 158. — Impetigo contagiosa 35. 235. 273. — Pemphigus 45. 271. 305. 342. 365. 367. 368; P. leprosus *Erg.-Heft* 9.

2. Anomalien der Hornschicht.

α. Hyperkeratosen.

Akne 81. 98. 227. 229. 235. 237. 274. 309. 315. 342. 406. 414. 454. — Hauthorn 64. 283. — Keratosen 47. — Komedonen 227. 283. — Tylosis 306.

β. Parakeratosen.

Alopecia pityriasis 304. 454. — Ichthyosis 101. 269. 303. 307. 401. 432. 435. 454. — Lichen 66. 133. 137. 175. 274. 315. 432. 443. 454. — Parakeratosen 315. 342. — Pityriasis 304. 305. 341. — Psoriasis 49. 145. 175. 202. 203. 237. 269. 274. 306. 315. 432. 454. 458. — Seborrhoea sicca 304. 429. 454. — Squamöse Dermatosen 454. — Xeroderma 32. 307.

3. Anomalien der Haare (Trichosen.)

Agra (Kiellik-ilety) 37. — Alopecia 241. 274. 315. 338. 380. 429. 453 454. 455. 458. — Favus 429. — Herpes tonsurans 35. 65. 66. 140. 175 238. 241. 272. 274. 307. 424. 454. — Hypertrichosis 171. 269. 317 450. — Psoriasis in capillito 454. — Ringelhaar 304. 371. — Sykosis 140. 227. 229. 315. — Trichorrhexis nodosa 67. 373. — Variköse Haare 375. — Weiberbart 269. 318. 450.

4. Anomalien der Nägel (Onychosen).

Eingewachsene Fufsnägel 236. — Onychia lateralis 101. — Onychogryphose 283.

5. Anomalien der Talgabsonderung.

Balggeschwülste 193. — Komedonen 227. 283. — Seborrhoea oleosa 342.

6. Anomalien der Schweifsabsonderung.

Bromidrosis 342. 415. — Chromidrosis 454. — Fufsschweifs 238. — Hyperidrosis 342. 415. 454. — Sudamina bei Febris recurrens 67.

7. Anomalien der Pigmentbildung.

Bronzefärbung der Haut 305. — Melanosis 312; M. lenticularis progressiva 32. 285; Melanotische Sarkome 34. 305. — Pigmentneubildungen 312. — Abnorme Pigmentation 412. — Vitiligo 269. — Xeroderma pigmentosa 32.

k. *Chorioblasten.*

1. Granulome.

Lepra 58. 66. 269. 305. 381. 451. *Erg.-Heft* 1 u. ff. — Lupus 47. 51. 64. 74. 93. 97. 98. 99. 101. 139. 176. 227. 228. 259. 260. 261. 269. 274. 303. 306. 432. 451. 452, erythematöser 66. 175. 227. 236. 274; L. der Hand 351, der Zunge 345. — Lymphodermia perniciosa 304. — Mykosis 342, fungoide 164. 309. 311. 342. — Pemphigus leprosus *Erg.-Heft* 9. — Skrofulose 348; Skrofulöse Ulcerationen 269, Weichteilsabscesse 352.

2. Desmome.
Angiom 310. 311. 313. — Chondrom 310. 311. 312. — Cylindrom 312. — Fibrom 310. 311. 313; Fibroma molluscum 274. 310. 313. — Keloid 308. 311. — Lipom 310. 311. — Lymphadenom 310. 311. — Lymphangiom 310. 311. — Lymphosarkom 311. — Leiomiom 310. 311. — Molluscum 309. 311. 313. 314. — Morphaea 273. 274. — Myxom 310. 311. — Neurom 310. 311. — Osteom 310. — Rhabdomyom 310. 311. — Rhinosklerom 206. — Sarkom 34. 269. 305. 310. 311. 312. — Scirrhus 312. 313. — Sklerodaktylie 62. — Skleroderma 101. 273. — Teleangiektasien 237. — Tuberkulose der Haut 64. 98. 267. 344. 351. 352; der Schleimhäute 345. 352, des Zellgewebes 351. — Tumoren 192. 312. — Xanthelasma multiplex 274. — Xanthoma multiplex 175.

3. Liodermie.
Ainhum 306. — Lioderma essentialis 32. — Macular Atrophy 274.

XIII. Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Erkrankungen andrer Organe.
Dermatitis bei Wöchnerinnen 157. — Augenleiden bei Ekzem 41. — Herzerscheinungen bei polymorphem Erythem 205. — Anurie bei Hautgangrän 387. — Herpes Zoster mit Facialisparalyse 95. — Meningitis nach Lupus 97. — Phthisis bei Lupus 274. — Taubheit bei Masern 234. — Mastdarmfisteln und Lungentuberkulose 346. — Bietts Molluscum bei Wöchnerinnen 309. — Pemphigus bei Bronchopneumonie 305. — Pruritus cutaneus nach Gehirnembolie 299. — Sklerodermie und Sklerodaktylie 62. — Urticaria mit Asthma und Erbrechen 238.

XIV. Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und Allgemeinerkrankungen.
Erysipel bei Typhus 340. — Exanthem bei Typhus 38. — Haarverfärbung bei Epilepsie 97. — Hautkrankheiten bei Febris recurrens 67. — Haut- und Haarverfärbung bei Tabes 234. — Melliturie und Furunkulose 65. — Sklerodermie im Anschluſs an Erkältung und Rheumatismus 101. — Anämie bei Syphilis neonatorum 68. — Purpura bei Syphilis 100.

B. Spezielle Pathologie und Therapie des Lymphgefäſssystems.

Bartholinische Drüse 435. — Bubonen 105. 176. 330. 333. 335, Behandlung 59. 94. 215. 330. 392; Bubo und Ulcus molle 107. 176. — Bubo nuli 106. — Drüsenhyperplasien 455. — Inguinaldrüsen 355. — Lymphadenitis 422. — Lymphadenom 310. 311. — Lymphangiom 310. 311. — Lymphangitis 422. — Lymphatische Infiltration der Haut bei Brustkrebs 457. — Lymphatisches Gewebe, Neubildungen 310. — Lymphbahnen und Leprabacillen *Erg.-Heft* 75. — Lymphdrüsen, Neubildungen 310; Skrofulose, Tuberkulose 347. — Lymphgefäſse, Neubildungen 310. — Lymphodermia perniciosa 304. — Lymphosarkom 311. — Phlebektasien 198.

C. Spezielle Pathologie und Therapie des Urogenitalsystems.

I. *Beim Manne.*

a. Urethra.

Anatomie 137. — Bacillen im Sekret 405. — Blennorrhagie 304. — Parurethrale Gänge 456. — Harnröhrenstriktur 436. 452. — Organische Harnröhrenveränderungen, elektrolytische Behandlung 71. — Impfungsversuche mit Ophthalmoblennorrhöe-Sekret 64. — Tuberkulose 364. — Urethritis 64. 160. 376. 456; mit Prostatis und Spermatocystitis kompliziert 449.

Endoskopie bei Urethritis 64; Piffards Meatoskope 438; Schwabes Endoskop 439; Ultzmanns Endoskop 162; Unnas Dilatator 438. — Instillationen 64. — Piffards Instrumente zur Behandlung der Fossa navicularis-Strikturen 436. — Ultzmanns Injektor 160, Irrigationskatheter 161. — Unnas Untersuchungsstuhl und Albokarbonlampe 52. — Untersuchungs- und Operationstisch nach Janowsky 230.

Argentum nitricum bei Urethritis 379. 457. — Kokain als Anästhetikum 36. 452.

b. Prostata.

Prostatitis 449.

c. Blase und Nieren.

Katarrh des Blasenhalses 200. — Blasentuberkulose 346. — Nierentuberkulose 346. — Urin bei Jodoformvergiftung 97.

Kokain bei Blasenuntersuchung 304.

d. Hoden, Epididymis und Samenstrang.

Epididymitis 59. 68. 177. 202. 234. 271. 304. 308. — Hodentuberkulose 346. 353. — Blennorrhagische Entzündung der Samenblasen und vasa deferentia 304 — Tuberkulose des Samenstrangs 346. — Spermatocystitis 481. — Vesiculitis 304.

Hodenkompression bei Epididymitis 177. — Lehmbrei bei Epididymitis 234. — Suspensorien 121. 126. 128. 130. 202. — Unnas Mullschärpe 131.

e. Penis. Vorhaut. (Äufsere Genitalien.)

Anatomie 137. — Bacillen bei Balanitis 36, bei Balanopostitis 440, im Smegma präputii 405. — Dorsalgefäfse 450. — Herpes progenitalis 60. — Lichen der Glans penis 175. Phimosis 99. 195. 239. 263. — Tysonsche Drüsen und Krypten 138.

Instrumente zur Phimosenbehandlung: Reverdins Pinzetten 195; Wolffs Fixierungsnadel 263.

II. *Beim Weibe.*

a. Urethra. Bartholinische Drüse.

Vorgetäuschte Entzündung der Bartholinischen Drüse 435. — Gonokokken bei Urethritis 64. — Urethralkatarrh 64. 239. 455. — Urethritis 97. 239.

b. Blase und Nieren.

Tuberkulose 346.

c. Innere und äufsere Genitalien.

Brust: Fibrom 311; Mastitis 347; Tuberkulose 347. — Brustwarze: Ekzem 71; Karcinom 313; wunde (Kokain bei) 71. 139. 355. — Dermoidcysten

310. — Gonokokken im Vaginalsekret 36. — Herpes progenitalis 60. — Infektiöse Kolpitis, Pilzbefund 97. — Erosionen des Muttermundes 254. — Uterus: Epitheliome 312; Myome 313; Tuberkulose 347. — Vagina: Erosionen 254; Tuberkulose 346. — Vaginitis 239.

Verbessertes Cuscosches Speculum 194. — Reverdins Pinzetten bei Ovariotomien 192, Uterusligamenten 193.

D. Venereologie.

I. Allgemeine Pathologie und Therapie der venerischen Affektionen.

a. *Geschichte. Geographie. Statistik. Hospitalberichte.*

Syphilis und venerische Krankheiten in Strafsburg 407. — Die Syphilographie in Italien 220.

Bericht aus der dermat.-venerischen Abteilung des Kommunehospitals zu Kopenhagen 59. 60; der Poliklinik für Haut- und venerische Krankheiten in Kopenhagen 202; aus Langs Klinik in Innsbruck 173; Scarenzios Klinik 178; Köbners Poliklinik 299.

Zur Statistik der Schankerbubonen 330. 435.

b. *Theorie. Experimentelle Pathologie und Therapie.*

Anämie bei Syphilis neonatorum 68. — Ataxie locomotr. und Syphilis 177. — Bubo und Ulcus molle 107. 176; Inokulationsfähigkeit des Bubonen-eiters 106. 176. — Choc en retour 32. — Dementia paralytica und Syphilis 69. 442. — Entwickelung der syphilitischen Epididymitis 68. — Fieber als Ursache langer Inkubation bei Syphilis 435. — Zur Lehre von den syphilitischen Gelenksleiden 67. — Gonokokken 64. 376; Färbung 36; Reinkulturen, Einfluſs von Reagenzien, Impfung 455; tötende Mittel 201. 379. — Hat die Gonokokkenlehre unsre therapeutischen Erfolge gegen Gonorrhöe verbessert? 201. — Gonorrhöe: zur abortiven Behandlung 188; Ansteckungsfähigkeit 376; chirurgische Behandlung 457; Injektionsbehandlung 379; Instillationen 64; bei Frauen 97. 239. — Histologische Veränderungen der Hautsyphilide 450. — Infektion durch den Foetus 98. — Übertragung durch Vaccine-Lymphe 235. 434. — Impfversuche mit Buboneneiter 176, Schankereiter 383. — Initialsklerose bei frischer Syphilis 60. — Intrakranielle Syphilis 300. — Knochensyphilis 32. — Leber bei hereditärer Syphilis 31. — Antisyphilitische Behandlung von Lungenkrankheiten 139; Syphilisbacillen im Sputum bei Lungenkrankheiten 35. — Milz bei frischer Syphilis 173, bei hereditärer Syphilis 31. — Syphilitische Entzündung des Nervus opticus 457. — Pelviperitonitiden bei Gonorrhöe 379. — Pigment bei Hautsyphiliden 450. — Prostatitis und Spermatocystitis bei chron. Urethritis 459. — Syphilitische Psychosen 69. — Purpura bei Syphilis 100. — Syphilis des Rückenmarks und seiner Häute 441. — Rupia syphilitica 415. — Schanker, harter, Sitz 100; der Vagina 417. — Natur des weichen Schankers 381. 386. — Schanker-

bubonen 105. — Schlundschanker 456. — Syphilis, Abortivbehandlung durch Exstirpation der Sklerose und Inguinaldrüsen 335; exspektative Behandlung 202; zur Pathologie und Therapie 166. 445; der Glasbläser 177. — Syphilisbacillen 35. 232. 306. 342. 403. 405. 406. — Tabes und Syphilis 35. 60. 177. — Tonsillenschanker 456. — Ulcus molle und Bubo 107. 176. Bedeutung der Wegnerschen Knochenerkrankung für die Diagnose und Therapie der hereditären Syphilis 31.

Blutserumquecksilber 141. 390. 392. — Höllensteinlösung und salicylsaures Natron bei Gonorrhöe-Behandlung 317. — Jodkali und Quecksilber bei hereditärer Syphilis 32. — Kalomel subkutan bei Syphilis 59. 68. 151. 152. 174. 178. 387. 390. 391. 434. — Kokain bei venerischen und syphilitischen Affektionen 304. — Kopaivbalsam intern bei Gonorrhöe 379. — Merkurseife 151. 396. — Quecksilberalbuminat 149. 151. 152. — Quecksilberamid 150. 152. 389. — Quecksilberbicyanuret 150. 151. 152. — Quecksilberchlorid-Chlornatrium 148. 151. 152. 154. — Quecksilberchloridharnstoff 155. 353. — Quecksilberchloridnatrium 389. 391. — Quecksilberformamid 150. 152. 154. 391. 392. — Quecksilberglykokoll 150. 152. 154. Quecksilbermull 450. — Quecksilberoleat 140. — Quecksilberoxydul, gerbsaures 300. — Quecksilberpeptonat 149. 151. 152. 154. — Quecksilberpflastermull 51. 151. — Resorcinbehandlung der Gonorrhöe 411. — Graue Salbe 151. 152. 153. — Serumalbuminquecksilber 390. 391. 392. — Sublimat 148. 151. 152. 202. 434. 455.

c. *Hygieine und Prophylaxis.*

Höllenstein als Prophylaktikum gegen Gonorrhöe 264.

II. Spezielle Pathologie und Therapie der venerischen Affektionen.

a. *Tripper.*

Blennorrhoische Epididymitis 304; Gonorrhoische Epididymitis 202. — Gonokokken 36. 64. 201. 376. 379. 455. — Tripper 70. 155. 159. 201. 235. 264. 304. 411, bei Frauen 97. 239; Ansteckungsfähigkeit 376; abortive Behandlung 188, chirurgische Behandlung 457, Instillationen 64. —

Argentum nitricum 161. 264. 379. — Balsamum Copaive 379. — Blutserumquecksilber 155. — Injektionsflüssigkeiten nach Finger 161. — Heifswasserinjektionen 70. — Kokain 304. — Bougies aus Mandelölsodaseife 235. — Resorcin 189. 411. — Salicylsaures Natron 379. — Seife als Antiseptikum 235. — Ultzmanns Injektionsinstrumente 159.

b. *Venerische Geschwüre.*

1. Ulcus molle.

Geschwüre 433. — Schanker, harter 100, der Vagina 417; syphilitischer 306; weicher 107. 176. 177. 381. 386. 439. — Schankerbubonen 105. 215. 330. 435.

Blutserumquecksilber 145. — Jodoformgittermull 94. — Resorcin 433. — Sublimatverband 217. 219.

2. Initialsklerose.

Initialskerose 60; Excision 36. 118. 120. 355.

Michelsons Pinzette 121. — Wolffs Pinzette 119. — Kokain als Anästhetikum bei Excision 304.

c. *Konstitutionelle Syphilis.*

1. Sekundäre Syphilis.

Syphilitische Affektionen der Handfläche und Fufssohle 49. — Syphilitische Gelenksleiden 67. — Hautsyphilide 145. 300. 450. — Breite Kondylome 431. — Syphilitische Ohrerkrankungen 459. — Papeln 145; Papulöse Hautsyphilide 145. 300. — Schlundschanker 456. — Konstitutionelle Syphilis 98. — Tonsillenschanker 456.

Alkalische Bleioxydlösung 163. — Blutserumquecksilber 145. — Jodkali 459. — Jodoform 94. 177. 217. 219. — Quecksilberarsenigsäuremull 52. — Salicylsäure mit Empl. saponat. 49.

2. Tertiäre Syphilis.

Syphilitische Nekrose des Atlas 442. — Gummigeschwülste 344. — Gummöse Geschwüre der Zunge 145. — Hautgumma 145. — Intrakranielle Syphilis 300. — Rückenmarkssyphilis 441. — Syphilitische Tabes 35. 60. 177.

Hydrargyrum tannicum 300.

3. Hereditäre Syphilis.

Knochensyphilis bei hereditärer Lues 32. — Larynxsyphilis bei Kindern 453. — Hereditäre Syphilis 31. 203. — Syphilis neonatorum 68.

Hydrargyrum tannicum, Jodeisen, Kalomel bei Lues neonatorum 68.

4IC160